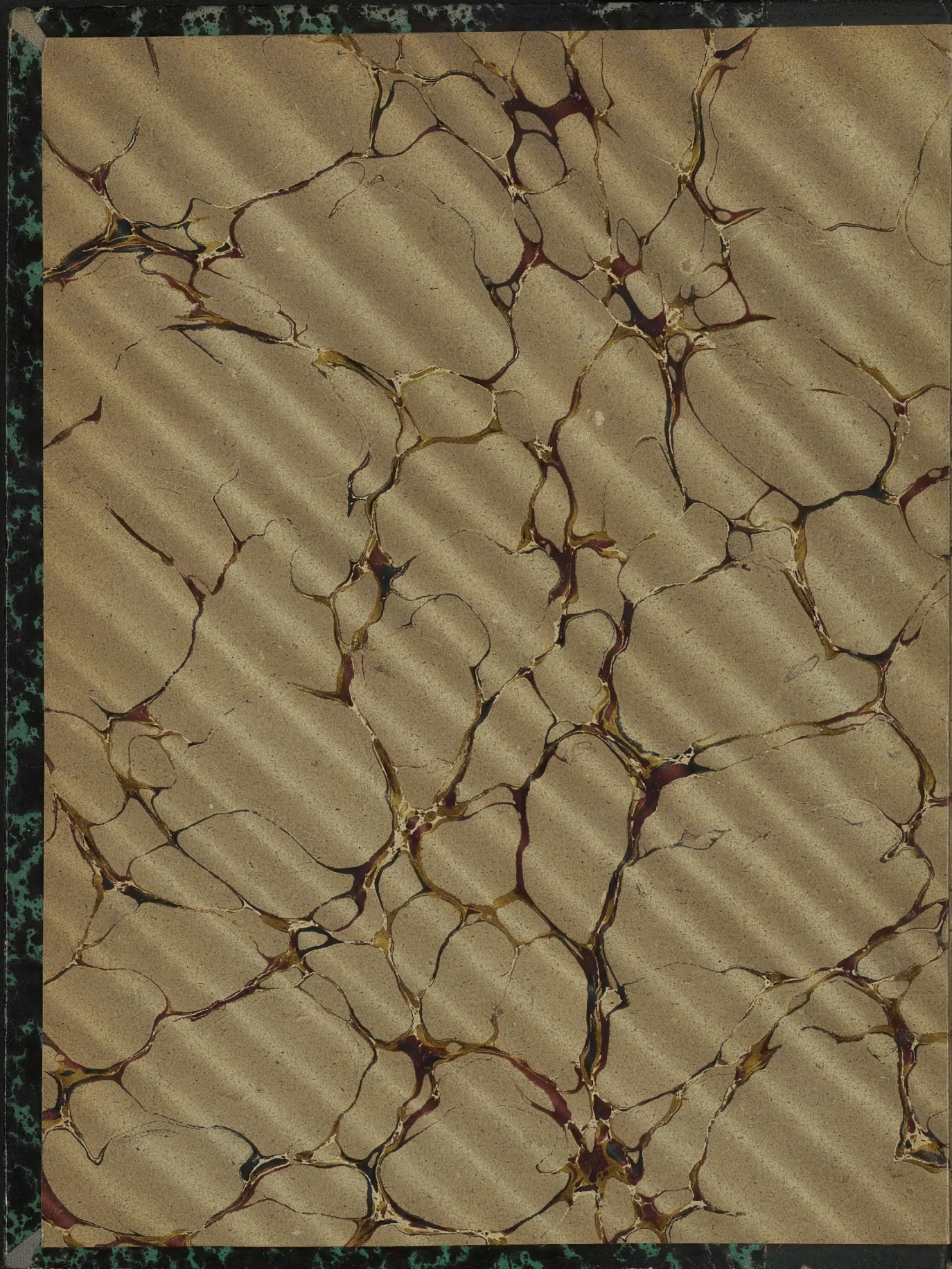


RES

TAILLE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10





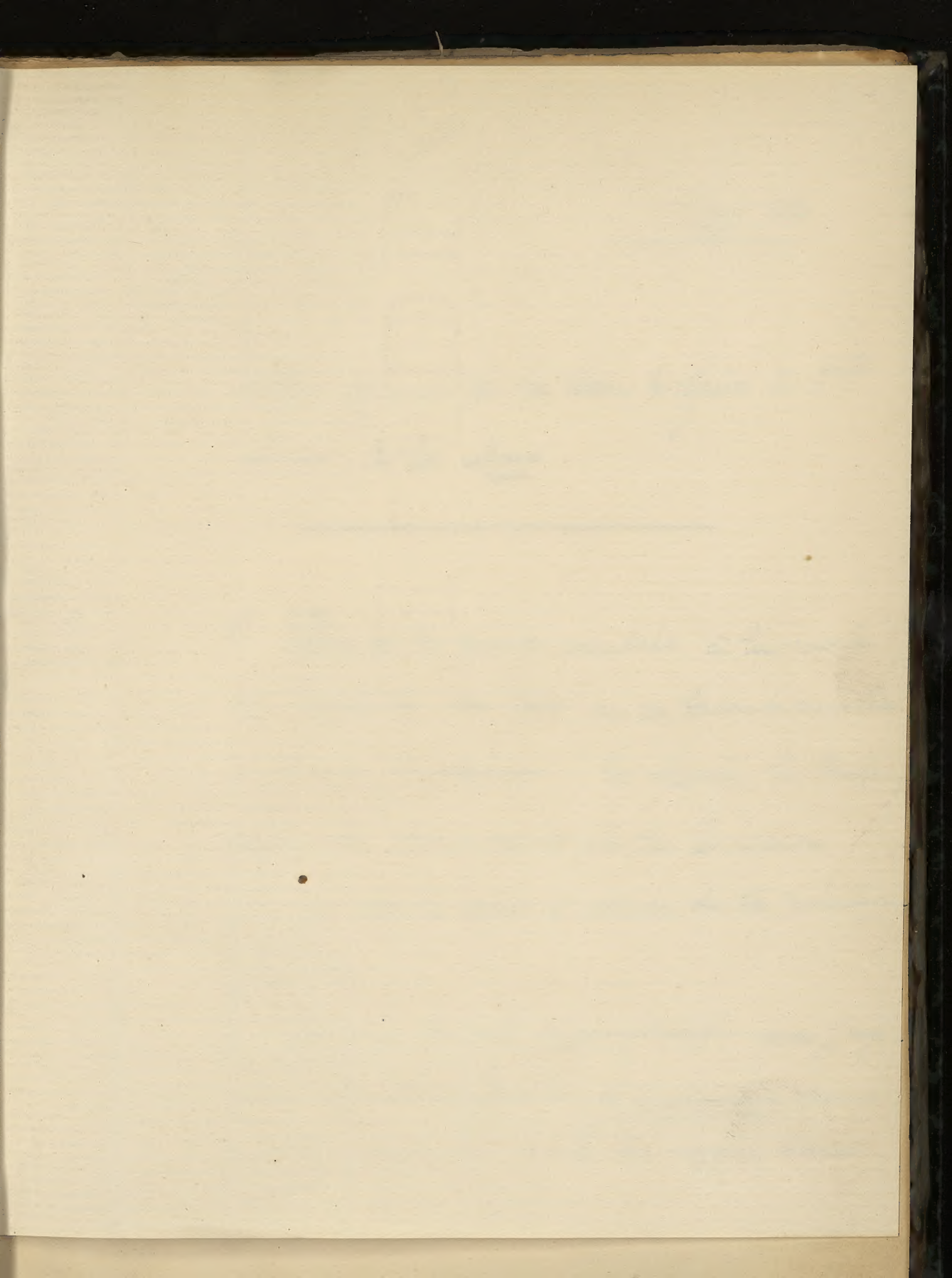
MS 5611 (17)

Notes Diverses
sur l'Aliénation mentale.

1884 — 1890.

2898





19 Mars 1884.

Plan général de la leçon à faire à S^{te}
Anne, le 30 Mars.

1.^o Etat de la science mentale à la mort
d'Esquirol, en 1840, en se basant sur les
4 formes principales : la Manie, la Mélan-
colie, la Monomanie et la Démence.

Ce qui était alors l'étude de la paralyse
générale.

2.^o Critique de cette classification que j'ap-
pelle une classification d'infirmiers sans
étiologie spéciale, avec ^{beaucoup} de vague dans

7
dans la symptomatologie, et une absence
complète de pronostic possible puisque
il n'y avait pas d'évolution prévue
des maladies. Or, dans l'étude de
la marche naturelle des maladies, il
n'y a pas de pronostic possible, ni de
description précise et conforme à la na-
ture clinique des espèces morbides. Or
ces prétendues formes morbides ne sont
pas des espèces vraies et naturelles ni
des états symptomatiques artificiels et
évolution possible à prévoir

C'est la classification morosio des
Linéés et des Tournefort et non la

la classification naturelle d'un Russe.
 Malgré ces défauts fondamentaux
 et essentiels, cette classification subsiste
 encore aujourd'hui en apparence, mais
 combien elle est démolie en réalité dans
 la pratique et déjà remplacée en fait
 par un classement tout différent
 dont on n'a pas conscience mais qui
 existe réellement dans la pratique
 des générations nouvelles.

L'édifice subsiste dans sa façade mais
 tout l'intérieur du bâtiment est
 transformé, il n'attend que la main
 d'un dernier démolisseur pour appa-
 raître tout entier à tous les yeux

comme un édifice absolument nouveau
ne conservant même plus sa façade
vieille et décrépite qui leur sert d'en-
seigne et de fausse décoration, comme
un décor de théâtre!

La refonte complète du bâtiment s'es-
saie peu à peu derrière la toile, à l'insu
des spectateurs par un travail latent
et souterrain en quelque sorte et l'on
n'attend plus que la main d'un
nouveau machiniste pour lever la
toile et faire apparaître à tous les
yeux l'édifice nouveau qui se cons-
truit derrière la toile et qui est
déjà à peu près achevé dans ses élé-
ments principaux et n'attend plus

que quelques compléments secondaires pour être tout à fait complète et apparaître dans tout son éclat comme une construction nouvelle, ayant remplacé l'ancienne.

Deuxième Partie.

C'est là qu'il faut maintenant démontrer dans la seconde partie de ce discours, en parcourant successivement les 4 formes principales de la classification régnante: Manie, Mélancolie, Monomanie et démence, en trouvant que toutes ces formes sont maintenant absolument détraquées et divisées en plusieurs catégories distinctes.

tinctes et dispersées dans les formes nouvelles qui se sont peu à peu introduites subrepticement dans la science et qui ont agi peu à peu, comme de véritables dissolvants vis à vis des formes artificielles et provisoires de la classification actuelle.

Les dissolvants ont été surtout au nombre de six :

1^o La Paralyse générale

2^o L'alcoolisme

3^o La Folie circulaire ou à double forme.

4^o Les Folies héréditaires ou dégénératives, de Morel.

5^o Les délirs émotifs ou avec conscience.

2

6^o Les folies épileptiques, hystériques, toxiques et traumatiques.

Il s'agit de montrer avec détails comment les 4 formes de la classification actuelle ont subi l'action actuelle ou ont subi l'action lente et successive de ces divers dissolvants, et se sont décomposées peu à peu en plusieurs espèces et variétés qui se sont séparées et ont été l'agglomérer autour de plusieurs centres nouveaux d'attraction qui se sont formés peu à peu et constituent en réalité, dès à présent, de nouvelles formes ou espèces plus naturelles qui se trouvent, dès à présent, constituées à l'état d'unités distinctes et dif-

Serentes, de la classification régnante
1^o La Manie est décomposée en se-
on 8 espèces.

2^o La Mélancolie en 4 espèces prin-
cipales. 1^o, délire de persécution,
2^o Mélancolie ancienne, 3^o Mélan-
colie avec stupeur ou dépression, et
4^o Mélancolie sans délire ou avec
conscience. — Sans compter la mé-
lancolie alcoolique, celle de la para-
lysie générale et celle des affections
cérébrales organiques.

3^o La Monomanie des grandeurs
est rattachée à la paralysie générale
et à la dernière période du délire
des persécutions.

Le délire partiel actif est rattaché
à la paralysie générale et à la dernière période du
délire des persécutions.

9

et les folies héréditaires raisonnantes
qui n'aboutissent jamais à la démence,
C'est à dire à un véritable affaiblisse-
ment intellectuel radical, à une obli-
viation complète des facultés intellec-
tuelles qui, d'après Pinel et Esquirol
constituait le caractère essentiel de
la démence, soit primitive, soit consé-
cutive.

Après cet examen successif et détaillé
des quatre formes de la classification
régnante qui ont été successivement
dissociées et démolies par un travail
latent et continu depuis quarante
ans, arriver à la dernière partie de
la leçon, c'est à dire au :

4^e : Résumé général ; Montrer que

la science est réellement changée
et que dès aujourd'hui nous avons
à étudier en médecine mentale =

1^o La Paralyse générale.

2^o L'alcoolisme aigu, subaigu et
chronique.

3^o La Folie circulaire ou chronique à
double forme.

4^o Quatre variétés de Mélancolies

5^o Les Folies héréditaires, ou raisonnantes
ou folies d'action, meurtre, vol, incendie,
etc etc.

6^o Les folies émotives ou avec conscience

7^o Les folies épileptiques, hystériques
traumatiques, etc.

19 mars 84

- 1^o Lire avec attention mes 9 années
de cours faits à l'école pratique
- 2^o id les leçons de Ball
- 3^o id les ouvrages de M.^r Lasèque
- 4^o Le traité de Thraft Ebing
- 5^o Le traité de Clouston
- 6^o Le traité de Thrapelin
- 7^o L'ouvrage de Morel
- 8^o Les mémoires du prix Aubanel
sur l'hérédité.
- 9^o Divers mémoires sur les folies
émotives et les folies avec conscience
- 10^o Relire le livre de mon père, mon

discours sur les classifications et celui
sur la folie raisonnante, ainsi que
l'article responsabilité.

19 février

Faire une note médicale et psycho-
logique sur la situation mentale dif-
férente de ~~de~~ dis² personnes de caractères
différents, à la suite d'une même
émotion morale, d'un même fait
matériel, la morsure par un chien
enragé, de même que M. Lasègue
a étudié plusieurs fois avec
détails la situation mentale de

plusieurs personnes de caractères différents à la suite d'un même fait, la perte subite d'une personne aimée

Le chagrin produit des effets tout différents, selon les personnes, de même que la même cause, le froid produit des effets différents, selon les prédispositions individuelles (pneumonie, bronchite, rhumatisme, érysipèle, ou rien du tout).

Plan du discours.

1^o Remerciements au professeur Ball et allusions faites aux divers cours cliniques anciens et actuels. Mon père et M. Baillarger à la Salpêtrière : Lasèque à la faculté ~~et à~~ ^{l'hospice} de la Salpêtrière. Hommage rendu au professeur Lasèque comme véritable initiateur de l'enseignement spécial officiel. C'est lui qui l'a commencée et c'est lui qui l'a créée en France. A lui en revient le véritable honneur!

2^o J'ai cru utile de faire une leçon d'étude rétrospective sur le mouvement de notre science spéciale depuis 40 ans. Il est utile de fêter

de temps en temps un regard en ar-
rière et un coup d'œil d'ensem-
ble pour se rendre compte du chemin pa-
couru et des progrès accomplis.
Notre science spéciale semble immu-
sable et pourtant elle a marché
beaucoup plus qu'on ne le croit.
C'est ce qu'il convient de démontrer.

Je me trouve placé, par naissance
et par situation, dans une condition
spéciale qui m'a permis d'assister
pas à pas à cette évolution lente
et successive de la science depuis
40 ans et je crois utile pour les
nouvelles générations de faire à
revue rétrospective, cette revue rap-

cette espèce d'inventaire des progrès accomplis jusqu'à notre époque.

Trois hommes surtout pendant ce long intervalle de temps, ont agi plus que les autres sur mon existence scientifique et ont exercé sur mes idées et sur mon esprit une influence prépondérante. Mon père et ses deux élèves favoris, Morel et Lasegue. Je leur dois, à tous les trois, au début de cette leçon, un hommage public d'admiration et de reconnaissance et si la conférence que je vais faire présente quelque intérêt c'est à leurs leçons que je le dois et c'est à eux que je dois en re-

porter tout le mérite.

1^{re} Partie. Historique du mouvement scientifique de notre science légale en France depuis 1792 jusqu'à 1840, ou impulsion donnée à la science par Pinel et par Esquirol, impulsion qui s'est communiquée à leurs élèves qui dure encore aujourd'hui après trois générations.

2^{me} Partie. Historique du mouvement scientifique. Etat de la science en 1840, c'est à dire à la mort d'Esquirol. Résultats acquis de la science et dans la pratique. Dans la pratique grand mouvement

philanthropique manifesté, par les soins donnés aux aliénés en France dans toute l'Europe, par la création de nombreux établissements d'aliénés conformes aux idées de bienveillance et de philanthropie de nos maîtres et actions bienfaisantes de la loi de 1838 qui a favorisé l'application générale de tous ces grands principes d'hygiène, de philanthropie et de traitement.

Dans la science, on peut signaler trois écoles : école anatomique, école psychologique et école somatique. — Détails historiques sur ces diverses tendances de la science.

L'école de Pinel et d'Esquirol

au point de vue scientifique ne
se résumer dans les quatre fons
de leur classification. Manie,
Délirium, Monomanie et déli-
Esrosé rapide des bases de cette
classification et critique et de
méthode artificielle. Je me résum
en disant : c'était l'influence
de l'art. Ce n'était pas une
classification médicale, ni naturelle
puisque elle ne tenait compte
de l'ensemble des symptômes ni
de l'évolution naturelle des ma-
dies. C'était une classification
provisoire et artificielle reposant
sur des caractères superficiels, sans

de marche et partant sans diagnostic
 sûr et sans pronostic possible, (ce
 qui en dehors de la thérapeutique)
 est la base indispensable de toute
 théorie médicale. Ce n'était pas
 une classification médicale et scien-
 tifique mais un véritable classement
 d'infirmes, reposant sur des états
 symptomatiques, provisoires, (comme
 l'état fébrile, la dyspnée, l'état
 typhoïde) et non sur des espèces
 naturelles ayant des caractères com-
 muns, multiples et hiérarchisés
 et une évolution possible à prévoir.

3^{me} Partie. Historique des modi-
 fications qui ont été apportées peu
 à peu à cette classification par

la marche naturelle des idées et
la succession des temps. Le travail
successif de démolition s'est fait
peu à peu sans bruit, sans éclat
mais n'en a été que plus sérieux
et plus profond et l'on s'étonne
aujourd'hui des différences espacées
et fondamentales que ce travail
souterrain a produit à l'égard
ceux mêmes qui y ont travaillé
et des différences capitales qui
séparent nos idées actuelles de
celles qui régnaient en 1840.

Pour le démontrer il faut par
successivement en revue les points
suivants :

1^{re} La Paralyse générale : Faire
son histoire rapide depuis l'origine
jusqu'à nos jours.

1^{re} Bayle, Calmeil, Foix, Parchappe

2^{re} Requin, Landras, Briere de
Boisimont, Duchenne de Boulogne,
Baillarger, Lumier.

3^{re} Cette maladie constituée à l'état
d'unité morbide spéciale en 1852 et
1853, à l'époque du mémoire de
Lumier; des leçons de Baillarger,
de ma thèse et de celle de Lasègue
et de celle de Lasègue. Parchappe
à la Société en 1859.

4^{re} Nouvelle phase à laquelle nous
assistons depuis 1860. On démolit
peu à peu ce que l'on a édifié

on constate des faits nouveaux :

1^o plus longue durée

2^o remissions prolongées et
que complètes

3^o Variétés nombreuses de m
non seulement au début, m
pendant tout le cours de la
lachie.

Tout cela conduit presque à détruire
l'unité morbide, mais il ne faut
pas aller jusque là. Il faut con
server le type et faire des variétés,
profiter des progrès mais ne pas
détruire le travail de nos devanciers.

Baillarger admet deux par
alysies générales : Lasèque pro

un genre avec plusieurs espèces. Moi, je crois à la conservation de l'espèce mais avec plusieurs variétés de marche qu'il convient de décrire séparément. En résumé : l'histoire de la Paralyse générale est à refaire.

Il faut faire pour les tumeurs cérébrales le même travail que pour les scléroses médullaires.

2^e Alcoolisme, aigu, subaigu et chronique, second dissolvant introduit dans la pathologie mentale pour détruire la classification régnante Delirium tremens de de Sutton, Voys, Leneille etc. Alcoolisme subaigu de Lasèque : travaux de Magnan

et de beaucoup d'autres contemporains.

Les troubles intellectuels observés de l'alcoolisme présentent les 4 variétés de la classification d'Esquirol : manie, Mélancolie, Monomanie et Démence.

3^e Folie circulaire ou à double forme
historique et exposé rapide de cette forme qui est la négation de la classification régnante puisqu'elle réunit deux formes en une seule.

4^e Folies hystériques, épileptiques et hypochondriaques qui ont des caractères spéciaux et se détachent de plus en plus des formes adm.

par Esquirol .

Epilepsie larvée .

5^o Délire de persécution détaché de la
Mélancolie . Etude rapide de ce délire
à ses diverses périodes comme forme
distincte et spéciale .

6^o Etudes de Morel sur les dégénérescences
et les Folies héréditaires entraînent des
modifications profondes et tout à fait
fondamentales dans l'étude des mo-
nomanies instinctives et des folies rai-
sonnantes . C'est la découverte d'un
nouveau et d'un nouveau monde fécond
en conséquences qui se dérouleront de
plus en plus et modifieront peu à
peu, de plus en plus profondément

Toute la pathologie mentale et qui
déjà bouleversé toutes les monomanies
instinctives et les folies raisonnantes
7^o Folies sympathiques ou en rappor-
t avec diverses causes zéphylitiques :
~~turniques~~ toxiques ou liées à d'autres
maladies somatiques.

8^o Enfin, les cérébraux de Lasèque et
les délirs par accès qui sont un nou-
vel horizon ouvert sur les folies à
courts accès et à répétition et surtout
pour la médecine légale.

Résumé général. La science est
donc, en réalité, absolument changée
depuis 40 ans. De nouveaux hori-

ont été ouverts, des terrains non encore
 défrichés ont été abordés et font espé-
 rer d'abondantes moissons, un nou-
 veau monde commence à se découvrir
 et à être entrepris à l'horizon de notre
 science et l'on commence à voir se
 dégager un certain nombre de formes
 et d'espèces nouvelles qui étaient
 entièrement inconnues de nos devan-
 ciers. Le vrai progrès est là! Décou-
 vir de nouvelles espèces naturelles
 à la place des anciennes qui sont
 de plus en plus démolies et à l'é-
 tat de dissolution. Un monde
 nouveau se lève et l'époque de tran-
 sition et de transformation

à laquelle nous avons assisté et
pendant laquelle il s'est fait un tra-
vail souterrain et latent considéra-
blement à sa fin. Un nouvel ordre de
choses va surgir. Le vrai progrès n'est
pas dans l'école anatomique qui
n'a pas encore pu donner de grands
résultats; il n'est pas dans l'école
psychologique qui a donné tout ce
qu'elle pouvait donner, qui est sa-
rie et pleine de mécomptes. Il
n'est pas dans l'école somatique
qui ne peut fournir que des élé-
ments accessoires et secondaires dans
la pathologie mentale. Il n'est
pas dans l'école étiologique absolue.

qui est trop obscure pour pouvoir don-
 ner des résultats vraiment pratiques.
 Le progrès est dans la méthode
essentiellement clinique des espèces
 naturelles, basées sur un ensemble
 complexe de symptômes physiques et
 moraux et sur une marche possible
 à prévoir comme nous commençons déjà
 à en posséder plusieurs dans la
 pathologie mentale et à en apercevoir
 plus ou moins distinctement d'au-
 tres dans un avenir plus ou moins
 rapproché. Oui, il existe dans la pa-
 thologie mentale comme dans la pa-
 thologie naturelle de véritables espèces

morbides, susceptibles de description
et de classement comme dans les
autres maladies et comme les esp
de l'histoire naturelle. Le vrai
grès consiste à les rechercher, à
les décrire et à les séparer les un
des autres par des caractères vrais
cliniques. Nous en connaissons déjà
plusieurs qui n'existoient pas en
1840 et qui étoient inconnues à
nos maîtres et à nos prédécesseurs.
Donc, la science a marché depuis
40 ans, sans qu'on s'en aperçoive
et sans qu'on s'en doute.

La façade extérieure de l'édifice
est encore conservée et fait elle

complète sur les modifications profondes
qui ont été accomplies dans l'inté-
rieur de l'édifice, peu à peu. Toutes
les cloisons intérieures, toutes les
séparations artificielles, tous les dé-
tails intérieurs de l'aménagement
et de la distribution des appartements
et des étages ont été détruits de
fond en comble et l'on voit appa-
raître déjà dans l'intérieur de nou-
velles distributions, de nouveaux
aménagements, qui viennent peu à
peu remplacer les anciens, au milieu
du chaos et de la confusion générale
des démolitions successives. On
n'attend plus qu'un nouvel

architecte qui fasse sortir de ce chaos
un nouvel édifice autrement distri-
bué et autrement ordonné et q.
puisse réorganiser l'intérieur de l'é-
glise, enfin qui démolisse la façade
pour en faire apparaître peu à
peu la toile. Nous en sommes
encore à l'époque des Tournefort
des Linnées et nous attendons un
Rusien !

Historique de la Médecine mentale en France, depuis 1792 jusqu'à 1840

Les anciens et les médecins du 18^{me} siècle, s'étaient occupés de la Folie dans leurs traités généraux de la Pathologie mais un grand mouvement s'est produit en faveur des aliénés vers la fin du 18^{me} siècle et a eu pour principaux représentants deux hommes illustres qui ont été les maîtres de toutes les générations qui se sont succédés jusqu'à nos jours, Pinel et Esquirol.

Le mouvement a eu un double caractère philanthropique et scientifique. Le mouvement philanthropique a été

le représentant de son époque. Il a appliqué aux aliénés les principes du droit de l'homme et de la dignité humaine : il a élevé les aliénés à la dignité de malades et à réhabiliter cette dignité dans la personne des aliénés. Il a commencé par briser les chaînes et a appliqué à ces malades les principes de la bienveillance, la douceur. Le mouvement une fois commencé ne s'est pas arrêté et suivi son cours, non seulement en France mais dans toute l'Europe et dans tout l'univers. Esquirol 1^{er} élève de Pinel a suivi son imp.

sion et l'a propagée ainsi que toute la génération des élèves qui ont suivi le mouvement scientifique n'a pas été moins important que le mouvement philanthropique.

Le mouvement peut être ramené à plusieurs principes généraux.

1^o Négation de la valeur des lésions anatomiques du cerveau dans l'étude de la Folie.

2^o Prédominance accordée à l'étude de la psychologie et des facultés lésées. Influence de Locke, de Condillac, de Laromiguière et plus tard de l'Ecole écossaise : Folie de l'intelligence, de la sensibilité et de la volonté

Etudes des lésions de la mémoire, de
l'attention, du jugement, de l'as-
sociation des idées, etc etc.

3.^e Adoption de la classification
des anciens, mais en y superpo-
se le classement par facultés : La
manie devient la maladie de l'in-
telligence, la mélancolie celle de
la sensibilité et la manie sans
délire celle de la volonté. Esquirol
y ajoute la monomanie qui des-
igne la folie des facultés lésées isolées
et en particulier des lésions des
penchans et des instincts.

4.^e Traitement moral prédominant
Influence des émotions vives et

et du raisonnement pour la guérison
des idées fausses. Isolement et asile
d'aliénés comme mesure thérapeu-
tique essentielles et dominant toutes
les autres.

Tels sont les principes qui dominent
dans les écrits de Pinel et d'Esquirol
qu'ils ont communiqués à leurs élèves
et qui ont agi successivement sur
plusieurs générations et qui dominent
encore la science actuelle malgré les
diversités secondaires survenues depuis
cette époque.

Mouvement de la science
chez les élèves de Pinel et d'Esquirol
depuis 1816 jusqu'à 1840.

Les élèves de Pinel et d'Esquirol ont
suivi très docilement en général le
mouvement imprimé par leurs maîtres
au point de vue des principes généraux
de la médecine mentale, au point
de vue de l'influence prédominante
des causes morales, au point de
vue de la classification qui a été
généralement acceptée, sauf de légères
variantes et qui, chose étonnante, a
résisté à trois générations succes-
sives d'élèves, et enfin au point

41
de vue du traitement moral des
asiles d'aliénés et de l'isolement.
C'est une petite Eglise qui a ses
pontifes, ses dogmes, ses adeptes
fanatiques, les néophytes et les
hérétiques et qui est intolérante
et exclusive hors de la grille il
n'y a pas de salut et qui ex-
communie encore aujourd'hui tous
les dissidents comme hérétiques,
incapables, ignorants ou excentriques.
Il n'est pas permis aujourd'hui
d'élever autel contre autel et
de réagir contre ces doctrines dog-
matiques qui ont force de loi et
contre lesquelles l'insurrection
est considérée comme une sorte

de sacrifice ! Nous dirons, nous ré-
spectons nos maîtres, reconnaissons
leur mérite et l'importance des ré-
formes qu'ils ont accomplies dans
la philanthropie et la science, mais
ne nous immobilisons pas dans
la contemplation de leurs œuvres
comme devant une arche sainte
à laquelle il n'est pas permis de
toucher et n'entravons pas tout
progrès par ce fétichisme d'un
autre âge qui arrête la science
sous prétexte d'un culte exa-
géré pour les Idoles. Conserverons
leurs statues mais cessons de
les placer sur un piédestal qui

n'est pas permis de renverser).

Sur un seul point les élèves de Cèze et d'Esquirol ont fait infraction à la doctrine de leurs maîtres et ont suivi une route distincte et séparée; C'est au point de vue de l'importance plus grande accordée par eux aux lésions anatomiques du cerveau comme causes et symptômes organiques des maladies mentales. Sous l'influence de Gall et de Broussais, ils ont suivi le mouvement anatomique de cette époque et ont fait faire sous ce rapport un pas important à la science. C'était en 1816, à la Salpêtrière, après l'invasion étrangère. Le typhus régnait dans

dans cet hospice ; de jeunes hommes qui
plus tard, devaient devenir des fon-
dateurs, disciples de Pinel et d'Es-
quirol préparaient à leurs études mé-
dicales générales par des études an-
atomiques sur le cerveau. Prostan je
parait son livre sur le ramollissement
cérébral : autour de lui se groupaient
des élèves de Pinel et d'Esquirol qui
suivaient la même voie anatomique-
Balméil, Georges, Fabre, Voisin,
Foville, Deloye, etc etc etc de ce
mouvement nouveau de la science est
sorti la plus grande conquête de la
médecine mentale au 19^{me} siècle,
découverte de la paralysie générale

dont nous parlerons tout à l'heure.
 C'est à Esquirol surtout qu'eurent
 lieu les premières observations sur
 cette maladie nouvelle. Royer-Col-
 lard l'a signalée à ses élèves et
 Bayle, Balmeil, Delays, etc ont
 fait des travaux remarquables qui
 ont fixé désormais la science rela-
 tivement à cette maladie. Plus
 tard, Foville et Parchappe ont per-
 fectionné l'étude anatomique et
 Esquirol lui-même suivant par
 contre-coup le mouvement im-
 primé par ses élèves est entré
 dans la même voie et a fait en-
 ter la paralysie générale dans
 le cercle de ses études et l'a lui-

même enseignée aux nouvelles gé-
nérations. Il l'avait à peine signa-
lée en 1816 à côté de la phthisie
et du scorbut et il l'a fait figurer
dans son livre en 1838, comme
complication terminative possible
de la manie, de la monomanie,
d'orgueil, de la démenée et même
de toutes les folies, mais non com-
me forme distincte et spéciale.

Indications rapides sur les trois
 Ecoles qui ont régné en médecine
 mentale depuis 1816, jusqu'en 1840 :
 Ecole anatomique cérébrale, Ecole
 psychologique et Ecole somatique
 allemande.

Trois écoles principales se sont
 partagées la science, dans ce siècle et
 ont dominé la médecine mentale,
 soit en France, soit à l'étranger.
 1.^o Ecole anatomique cérébrale. A
 la suite de Broussais et de Gall,
 les médecins français, même parmi
 les élèves directs de Pinel et
 d'Esquirol, ont proclamé depuis

1816 que le cerveau était le seul
organe affecté dans les maladies
mentales, que les lésions des autres
organes dans la folie étaient abso-
lument sans importance et pouvaient
tout au plus à titre de compli-
cations ou de maladies incidentes,
qu'il n'existait pas de folies sy-
mptomatiques. Ils ont recherché les
organiques de la folie dans les
principalement inflammatoires et
congestives du cerveau et de
membranes constatées à l'autopsie
chez les aliénés; les recherches an-
atomiques - pathologiques ont été

poursuivies avec persévérance et avec ardeur pendant une vingtaine d'années environ par des hommes éminents tels que Rostan, Calmeil, Bayle, Georget, Deloye, Foville, Parchappe et ont produit des résultats importants dans l'étude organique des diverses variétés de la Folie. Elles ont produit un résultat considérable et acquis désormais à la science, c'est à dire la découverte d'une forme principale de maladie mentale la paralysie générale, la plus grande conquête de notre siècle dans la pathologie mentale. Mais en dehors

de cette forme particulière de la
folie, le résultat des études an-
atomiques sur le cerveau, même et
puis que le microscope est venu
ajouter des découvertes à celles q-
l'on avait pu faire auparavant
avec les recherches microscopiques,
à l'œil nu, n'ont pas donné tout
ce qu'on en espérait. On est ar-
rivé à constater qu'il existait sous
des lésions anatomiques, hyper-
inflammatoires, atrophiques, ou
sclérotiques, dans le cerveau des
aliénés de toutes les catégories
et surtout chez les aliénés ch-
niques mais on n'a pas pu

Jusqu'à présent, trouver des lésions qui n'existeraient que chez les aliénés, ni mettre la variété des lésions trouvées à l'autopsie avec la diversité des symptômes observés pendant la vie. En un mot ; on n'a pas pu encore établir une relation étroite entre les lésions trouvées dans le cerveau et chacune des formes de maladies mentales. Malgré les progrès des localisations cérébrales, surtout dans ces dernières années, on ne peut donc pas encore faire reposer le classement des formes de la folie sur une base anatomique scientifiquement exposée établie.

2^e Ecole psychologique. - Après avoir cherché à faire reposer l'étude des maladies mentales et de leurs diverses espèces sur l'anatomie pathologique et d'autres auteurs en France et à l'étranger (surtout en Allemagne) ont cherché à s'appuyer sur la psychologie normale et sur les divisions arbitraires des facultés mentales admises par les diverses écoles philosophiques et psychologiques. Beaucoup d'auteurs se sont consacrés à cette étude patiente et laborieuse et ont fait prod

à cette direction de la science
 tout ce qu'elle pouvait produire.
 En France, Pinel et Esquirol, ainsi
 que beaucoup de leurs élèves en
 Allemagne, Kleinroth, Tadelar,
 et beaucoup d'autres produit
 des travaux très nombreux et
 très intéressants où les lésions
 des facultés mentales ont été
 suivies, avec les plus grandes
 soins dans les diverses formes et
 des maladies mentales et ana-
 lysées avec une minutie vraiment
 remarquable.

Mais cette direction si intéressante
 de la science n'a pas produit

non plus tout ce qu'elle avait p
mis et tout ce qu'en attendait
ses adeptes et ses fanatiques.

On a fait des analyses psych
logiques très intéressants et tr
curieuses à suivre au point de

vue de la psychologie patholog
et de la génération du délire et

des idées délirantes, mais on n
pas pu arriver à en faire un
fondement utile pour l'étude

vraiment médicale et pratique
des maladies mentales pour le

diagnostic, le classement, le pr
nostic et le traitement des div

formes de la folie. Le classement psy-
 chologique des aliénés d'après les facul-
 té lésées, ne donne qu'un classement
 arbitraire et artificiel des faits parti-
 culiers arrachés arbitrairement à tout
 leur entourage, détachés de l'ensemble
 complexe auquel ils appartiennent na-
 turellement, une espèce de tableau
 symptomatique des lésions de facultés
 ou de portions de facultés lésées isolé-
 ment dans le délire; mais c'est
 un classement de cabinet qui frag-
 mente sous les faits et les sépare
 les uns des autres et qui est con-
 traire à la véritable observation de
 la nature et ne peut être d'aucune
 utilité pour la pratique de la

médecine. C'est une espèce de casse tête chinois, intéressant comme application possible à la pratique. Cette méthode d'application de la psychologie normale à l'étude des maladies mentales, a donc produit ce qu'elle pouvait produire, et est absolument stérile pour le véritable avancement de la science. Elle doit donc être abandonnée.

3^o Ecole somatique. Indépendamment des deux écoles scientifiques que nous venons d'indiquer, il est produit une 3^{me}, surtout en Allemagne, dont le célèbre Jacobi a été le chef principal et qui a

58

en pour adeptes depuis 1820, les médecins les plus distingués de l'Allemagne, Jessen, Kasse, Proller, Zeller, Griesinger, etc etc. Cette école a cherché à rattacher le délire chronique de la folie, à titre de symptômes aux maladies des divers organes de l'économie (cœur, poulmon, foie, reins, organes génitaux, organes sous-diaphragmatiques, système nerveux ganglionnaire, etc etc) comme dans les maladies ordinaires on rattache le délire aigu comme symptôme à diverses affections générales ou locales, telles que la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives ou intermittentes, etc etc.

Cette école qui a produit de nombreux adeptes, a produit aussi beaucoup de travaux et qui ont avancé sous ce rapport l'étude générale des maladies mentales et n'ont pas été par conséquent sans utilité. Mais cette tendance est évidemment trop absolue et trop exclusive et qui de même qu'en France on est arrivé souvent à nier même l'existence des folies sympathiques de même en Allemagne, on a le tort plus grave d'en exagérer tellement la valeur qu'on a voulu presque supprimer les folies idiopathiques par lésion

primitive du cerveau et réduite la pathologie mentale à n'être plus qu'un corollaire et un accessoire de la pathologie ordinaire. C'était là évidemment une exagération dangereuse et qui ne pouvait à l'effet du temps et d'une observation plus attentive des faits et aussi même en Allemagne où cette doctrine exerçait encore une grande influence sur les esprits, on ne la maintient plus à l'état de doctrine exclusive et, dans tous les cas, ce n'est pas selon nous, dans cette direction que doit se trouver le véritable progrès en médecine mentale.

A ces 3 écoles principales, il convient

drat encore d'ajouter l'Ecole Et-
logique et l'Ecole Clinique qui m-
paraît la seule vraie et médical
mais y reviendrons dans la sec-
partie de la leçon, à l'occasion de
progrès accomplis depuis 40 ans.

Manie.

D'après la classification de Pinel et d'Esquirol, la Manie est constituée à l'état de forme distincte de maladie mentale, à l'aide de deux caractères, le trouble général de l'intelligence et l'excitation, c'est à dire l'activité exagérée de toutes de toutes les fonctions et le désordre des mouvements et des actes. Mais combien ces caractères sont vagues et généraux et s'appliquent à des états tout à fait différents et dissemblables qui devraient être séparés les uns des

autres dans une classification ou
ment naturelle et médicale.

L'excitation qui sert de base à
la forme maniaque n'est qu'un
état symptomatique, tout à fait
artificiel et accidentel qui peut
disparaître l'état mental passer
des restant le même ou se pro-
duire dans des formes très diverses
dont le fond maladif est tout
différent. C'est donc un état g-
ral symptomatique analogue à
l'état fébrile, à l'état typhoïde
à l'état anémique dans les ma-
ladies ordinaires, et qui ne peut
servir à caractériser une espèce n.

et véritable de maladie mentale. Et ce qui le prouve c'est la diversité très grande des états pathologiques que l'on groupe aujourd'hui sous le nom générique et absolument vague de maniaques!

On y réunit à la fois les maniaques suraigus voisins du délire aigu caractérisés par une agitation excessive portée jusqu'à la fureur, avec loquacité incessante et incohérente, crachotements, mouvements de tous les instants et absence complète de rapports avec le monde extérieur et de l'autre les malades atteints de simple excitation maniaque raisonnée (hystérique, paralytique ou

circulaire qui ont plus d'esprit qu'
l'état ordinaire, dont toutes les fa-
cultés ont acquis un surcroît d'ac-
tivité et d'énergie qui étonnent
sous les assistants par leur esprit
leur mémoire excessive, les réparties
les citations de poètes et d'auteurs
classiques, les compositions personnelles
etc etc, et qui, malgré le désordre
extrême de leurs actes ont une intelli-
gence plus active et plus féconde
que celles qu'ils possédaient à l'état
normal.

On réunit ainsi aujourd'hui sous
le nom générique de maniaques, les
manies intermittentes et périodiques
les manies hystériques et épileptiques.

les manies hystériques et épileptiques,
 la manie congestive qui n'est
 qu'une première période de la pa-
 ralysie générale et même les manies
 instinctives au milieu d'une conser-
 vation apparente de la raison, on
 suppose le développement instantané
 ou périodique de certains penchants
 violents au meurtre, au vol, à
 l'incendie ou au suicide, état sur
 lequel nous à revenir tout à
 l'heure à l'occasion des monomanies
 instinctives et des folies héréditaires.
 Il est évident pour tous ceux
 qui se sont donné la peine d'obser-
 ver sérieusement les aliénés de
 ces diverses catégories que c'est

l'enfance de l'art que de les réunir
ainsi pêle-mêle dans un même
groupe artificiel de faits disparates
sous le nom vague et générique
de maniaques ; que cette classifica-
tion est absolument artificielle,
provisoire et que c'est un véritable
progrès scientifique que d'y avoir
déjà introduit, comme nous le
voyons tout-à-l'heure, des distinc-
tions plus scientifiques, plus mé-
dicales et plus naturelles, en ra-
tachant ces divers états maniaques
à des formes de maladies men-
tales mieux déterminées telles que
la paralysie générale et l'alcoolisme

la folie circulaire, les folies héréditaires, hystériques, épileptiques.

Mélancolie.

Ce que nous venons de dire de la Manie telle qu'elle est admise dans la classification régnante, nous pouvons le dire avec plus de vérité encore du groupe plus vague, plus vaste et plus compréhensif encore des Mélancoliques, tel qu'il était admis par Pinel et par Esquirol et tel que le comprennent encore un certain nombre de médecins qui sont restés admirateurs serviles et disciples fidèles de ces maîtres illustres !

Qu'est-ce, en effet, que la Mélancolie

celle que la comprenait nos maîtres.
C'est un groupe énorme de faits essen-
tiellement disparates réunis artificie-
ment et arbitrairement à l'aide d'un
seul caractère et qui présentent tou-
jours les autres rapports les différens
les plus capitales et les plus impor-
tantes. D'après les principes de cette
école, la mélancolie est caractérisée par
deux symptômes principaux - Le
délire limité à un petit nombre d'ob-
jets, avec conservation apparente de
la raison sous d'autres rapports et
un fond de tristesse, de crainte ou
de défiance qui imprime son cachet
à toute l'intelligence du malade

et à toutes les conceptions délirantes qui le dominent ! Or, il suffit d'observer même superficiellement et rapidement sous les malades réunis ainsi aujourd'hui sous le nom si vague et si compréhensif de mélancoliques pour comprendre combien différencie profondément les uns des autres tous ces aliénés qu'une classification toute superficielle réunit cependant sous une même domination, dans un même genre et dans un même groupe et qui tout en présentant tous les caractères communs qui servent à les réunir artificiellement, présentent sous tous les autres rapports de telles différences, qu'on se demande com-

ment une science sérieuse et digne
de ce nom si peu coutumier pendant
si longtemps à les réunir, quand
tout doit tendre à les séparer!

M. Baillarger a déjà fait remar-
quer avec beaucoup de raison qu'il
existait deux catégories bien différentes
parmi les mélancoliques décrits par
Esquirol; les Mélancoliques actifs et les
Mélancoliques passifs et il a proposé
une modification profonde à apporter
à la classification d'Esquirol, en
faisant passer les mélancoliques
passifs dans la catégorie des délir-
généraux, tandis que les mélanc-
oliques actifs seuls figureraient dan-

21

la classe des delirés partiels sous
le nom de monomanes avec tristesse.
Mais cette distinction importante deman-
dée par M. Baillarger dans la
classe des Mélancoliques d'Esquirol,
n'est pas la seule qui serait utile d'é-
tablir dans l'état actuel de la science,
parmi les Mélancoliques. Nous ét-
lons voir tout à l'heure que certaines
Mélancolies doivent être rattachées
à la paralysie générale, d'autres à
l'alcoolisme, à la folie circulaire,
quelques autres enfin à l'hypochondrie,
à d'autres névroses ou à d'autres
affections cérébrales. Mais, dès à pré-
sent, nous pouvons dire qu'il con-
vient de faire 4 grandes divisions
principales parmi les Mélancoliques

d'Esquirol.

1^{re} Les Mélancoliques déprimés aboutissant successivement à divers degrés de stupeur et même, dans les cas extrêmes, à la stupeur.

2^{re} Les Mélancoliques actifs avec idées prédominantes de persécution que nous décrivons tout à l'heure sous le nom de délire de persécution.

3^{re} Les Mélancoliques anxieux avec idées dominantes de ruine, de condamnations imaginaires, de culpabilité ou de damnation, en un mot les mélancoliques qui s'accusent eux-mêmes au lieu d'accuser les autres et le monde extérieur comme les persécutés et qui aboutissent dans

chronicité au delà des négations et aux divers degrés de transformation de la personnalité.

4.^o Enfin les mélancoliques sans délire ou avec conscience qui se rattachent aux folies héréditaires ou aux folies avec conscience dans lesquelles les malades ont des idées qui les obsèdent, qui les dominent malgré eux automatiquement, des impulsions au suicide ou à l'homicide, qu'ils repoussent, qu'ils combattent, qu'ils cherchent à dominer, mais dont ils ne peuvent se débarrasser et auxquelles ils finissent souvent par succomber.

Telles sont les quatre catégories principales de mélancoliques que l'on commence à entrevoir et qu'il conviendrait de décrire avec plus

de précision et d'exactitude pour
arriver à en faire des formes vraiment
naturelles de maladie mentale.

Monomanie

Le que nous venons de dire de la Manie et de la Mélancolie est bien plus vrai encore de la Monomanie, forme de maladie mentale admise par Esquirol et la plupart de ses élèves directs qui tend de plus en plus à disparaître aujourd'hui de la science et dont les différents faits devraient être répartis dans plusieurs autres formes plus naturelles de maladies mentales.

Mon père surtout a consacré la plus grande partie de sa vie scientifique à combattre la monomanie d'Esquirol et à nier d'une manière absolue l'existence des monomanies vraies. Et ce n'était pas

pour lui, comme on l'a bien dit à
fort, une simple discussion de mots
mais une véritable question de principe
une question de doctrine. (Dévelop-
per ici quelques phrases les idées
exprimées par mon père à ce sujet.)
Ce que mon père a dit des monoma-
nies au point de vue des idées
déliantes, il l'a dit également des
monomanies instinctives et des mo-
nomanies d'actions. C'est une grande
erreur au point de vue clinique et
une erreur désastreuse au point de
vue clinique et une erreur désas-
treuse au point de vue de la
médecine légale, que la création

des monomanies homicide du vol, incendiaire, suicide etc etc qui n'existent pas tellement dans la nature à l'état d'unités distinctes qui ne représentent que des actes prédominants se produisant dans les conditions les plus diverses. et qui a lieu d'être réunies artificiellement sous un même nom, doivent être désormais réparties dans les diverses formes nouvelles de maladies mentales dont nous parlerons tout à l'heure, la paralysie générale, l'alcoolisme, la folie à double forme, le délire de persécution, les folies héréditaires, épileptiques, hyp-

hériques et les délirs par accès sur
lesquels M.^r Lasegue a attiré avec
beaucoup de raison l'attention dans
ses études médico-légales sur
les cérébraux et sur Chabot etc
Les différents faits réunis par Esquirol
sous le nom de monomanie doivent
être séparés les uns et les autres
dans une nouvelle classification plus
naturelle, La monomanie ambitieuse
passe dans la paralysie générale,
et les dernières périodes du délire
des persécutions. La monomanie
de persécution passe dans cette forme
nouvelle distinguée nettement et de
la mélancolie et de la monomanie

La monomanie raisonnée passe dans
dans les folies héréditaires ainsi que
la plupart des monomanies dites
instinctives du vol et de l'homicide
et de l'incendie. Enfin certaines mo-
nomanies sont rattachées à l'Épilepsie,
à l'hystérie et surtout à la folie avec
conscience ou aux délus émotifs.

Ainsi donc, en résumé, non seulement
comme mon père l'a soutenu toute sa
vie, la monomanie n'existe pas théo-
riquement à l'état de délus unique
réduit, à une idée, à un sentiment,
à un penchant surexcité ou à un
acte déterminé, mais même elle ne
doit pas être conservée dans la science
comme forme spéciale à l'état de

déjà restreint et limité et sous
les faits classés artificiellement et
provisoirement par Esquirol, sous cette
domination qui doit être rayée du
vocabulaire de la science doivent être
répartis dans les diverses formes plus
naturelles dont nous allons vous par-
ler tout à l'heure.

Démence

La Démence, telle qu'elle a été conçue par Pinel et par Esquirol est encore moins admissible et moins acceptable que les trois autres formes de la classification que nous venons de passer en revue. Pour Pinel et pour Esquirol, la démence pouvait être quelquefois primitive, mais elle était presque toujours consécutive et n'était qu'une période terminative des autres formes de maladies mentales. Elle était surtout caractérisée par l'extrême affaiblissement et par presque par l'oblitération complète des

facultés intellectuelles et affectives :
Si on la comprenait ainsi dans toute
la rigueur du terme, elle serait très
rare et ne comprendrait qu'un pe-
tit nombre de faits. Mais en géné-
ral Esquirol et ses élèves ont étendu
beaucoup plus le sens de ce mot et
l'ont appliqué à la plupart des
états chroniques de trouble mental
dans lesquels on peut constater
un affaiblissement assez prononcé
des facultés mentales. C'est dans
ce sens que l'on appelle aujourd'hui
déments, les trois quarts des malades
chroniques qui encombrent aujourd'hui
les asiles d'aliénés. Ainsi com.

bris et n'a plus aucun sens précis et s'applique aux faits les plus disparates et les plus discordants. C'est un véritable caput mortuum, dans lequel on fait rentrer tous les faits d'affection mentale chronique qui ne peuvent rentrer dans aucune autre catégorie, pourvu qu'ils présentent un degré quelconque d'affaiblissement intellectuel. Ainsi entendue la démence devient un mot banal qui n'a plus un sens vraiment scientifique et qui ne représente plus rien de précis ni de compréhensible et doit être comme la monomanie, rayée de notre vocabulaire. Le

faits que l'on a coutume de ranger
sans de mieux, dans cette désigna-
tion vague, et qui embrasse dans
sa vaste compréhension, les états
les plus divers, doivent être répartis
dans les autres formes plus naturelles
que nous allons étudier tout-à-
l'heure et peuvent être divisées en
quatre grandes catégories : 1^o La
démence liée aux diverses variétés
de la paralysie générale, ou démence
paralytique 2^o La démence orga-
nique liée à des maladies orga-
niques du cerveau avec lésions
en foyer ou localisées. 3^o La dé-
mence sénile. 4^o La démence fer-

mination des autres affections men-
 tales et qui doit être elle-même
 subdivisée en autant de variétés qu'il
 y a de formes naturelles de ma-
 ladies mentales dont elle forme
 la dernière période qu'il faut sacher
 de mieux décrire qu'on ne l'a fait
 jusqu'à ce jour, de manière à
 mettre les dernières périodes en
 rapport avec les premières. Celle
 que nous connaissons le mieux
 aujourd'hui, et la plus fréquente
 de toutes est la folie chronique
 ou l'espèce de démence qui suc-
 cède au délire de persécution, qui
 en forme la 4^{me} période et qui
 est surtout caractérisée par des

idées caractérisées stéréotypées de
persécution et de grandeur et de
nombreuses hallucinations de tous les
sens et de la sensibilité en général.

29 Mars 84.

Notes à prendre

- 1^o Bon père
- 2^o Noël
- 3^o Lasèque
- 4^o Historique de Pinel et Esquirol
depuis 1792 jusqu'à 1840
- 5^o Trois Ecoles : 1^o Anatomique,
2^o Psychologique, 3^o Somatique.
Ajouter l'Ecole Étologique
et l'Ecole Clinique.
- 6^o La Manie
- 7^o La Mélancolie
- 8^o La Monomanie

9.^o La Démence .

10.^o Variétés à introduire dans chacune de ces formes anciennes .

Les formes nouvelles .

11.^o La Paralyse générale .

12.^o L'Alcoolisme, aigu, subaigu et chronique

13.^o La Folie circulaire et à double forme .

14.^o Le délire de persécution .

15.^o Les Folies héréditaires et les dégénérescences . Folies raisonnantes .

16.^o Les folies hystériques, épileptiques et hypochondriaques .

17.^o Les folies toxiques, sympathiques,

e^t Traumatiques. Les cérébraux et
 les folies d'accès de Lasèque.

B^e Les Folies avec conscience et
 sous les états émotifs. Folie du Sou-
 Chier, Hypochondrie morale avec ten-
 dance au suicide, Claustrophobie,
 Crainte d'être seul, crainte de s'en-
 dormir, Agoraphobie, obsessions et
 idées qui s'imposent, Zwangs,
 Vorstellungen de Westphal;

Notes
pour les leçons
Du cours de 1886.

1.
3^gbre 86

Sujets des Leçons.

- 1.^o Mouvement général de la médecine mentale depuis 40 ans
- 2.^o de l'hérédité de la folie et des névroses en général
- 3.^o Du diagnostic général de la folie
- 4.^o De la responsabilité totale et partielle
- 5.^o Des réformes à apporter à la loi de 1838
- 6.^o Des limites à imposer à la folie héréditaire, résumé de la société discussion à la société psychologique.
- 7.^o De l'alcoolisme aigu, subaigu et chronique
- 8.^o Des divers états émotifs, à l'état senile

physiologique, et à l'état pathologique, 1.
9.° Epilepsie, hystérie et Cérébraux de
Lasigne.

9.° Des folies intermittentes et périodiques: en
général et en particulier.

Leçon 56

Plan de la Leçon sur la responsabilité
totale ou partielle et sur le diagnostic
général de la Folie.

Indication rapide des sujets traités dans
les leçons de l'année dernière et de ceux
que j'ai l'intention d'indiquer d'abord
cette année.

Aujourd'hui, je consacre la leçon à un
sujet qui est à l'ordre du jour la respon-
sabilité partielle.

1^o L'histoire de la question en Angleterre et dans les autres pays. Criterium divers adoptés pour ~~les~~ le déire : Discernement du bien et du mal, en général ou relativement à l'acte incriminé. Existence du déire. En Amérique, en Allemagne et en France. Delasiaune, Berioz, H. J. Guimier. Le grand du Louvre. Discussion à la Société médico-psychologique. Etat actuel de la question.

Évaluation de la doctrine de la responsabilité partielle. Impossible de se limiter dans la pratique. Impossibilité de se limiter dans la pratique. Distinction entre la responsabilité morale et la responsabilité légale. Deux échelles, ascendante et descendante. Nécessité d'un criterium solide et inébranlable, scientifique.

figue et médical, et non d'un crité-
rium flottant.

2.^o Pour établir ce criterium médical. Di-
gression sur les moyens généraux du Dia-
gnostic de la Folie. 3 criteriums gé-
néraux admis et insuffisants. 1.^o Libre-
arbitre. 2.^o conscience de son état. 3.^o
comparaison de l'individu avec lui-même.
Transformation de la personnalité. Mais
cette criterium absolu est insuffisant
pour distinguer la raison de la Folie.
Il faut se baser 1.^o sur l'ensemble
des ^{psychiques} ~~symptômes~~ ^{phases des symptômes} élémentaires pris à
part est insuffisant. Idées délirantes,
Hallucinations, Impulsions, modifica-
tions de la sensibilité morale. Il faut
la réunion de ces symptômes, non exis-

de la monomanie

2° Sur l'examen des symptômes physiques

3° Sur la marche de la maladie folle

Il s'agit tout les éléments généraux du diagnostic - Pour le compléter sciemment il faut faire rentrer le cas particulier dans une catégorie clinique préalablement connue.

Celles sont les bases du critérium médical pour distinguer la raison de la folie

En bien, la médecine légale c'est à dire la question de responsabilité repose tout entière sur cette question de diagnostic. Il n'y a pas à poser la question de responsabilité - il n'y a qu'à établir l'existence de l'état de maladie ou de l'état de sagesse sans discuter ensuite sur les degrés de responsabilité.

3^{me} Partie. On ne peut admettre la responsabilité totale ou partielle chez les aliénés que dans deux circonstances principales. 1° Dans les rémissions

intermittences ou intervalles lucides, c'est à
dire dans certains moments de la maladie
et 2^o dans les conditions de trouble mental
qui ne sont pas la folie proprement dite.

1^o Amnésie et aphasie

2^o Épilepsie.

3^o Hystérie.

4^o Alcooliques

5^o Périodes prodromiques.

6^o Période de prédisposition et de con-
science.

7^o Les États de faiblesse intellectuelle
fine.

Dans tous ces cas qui ne sont pas la folie
confirmée et caractérisée on peut dis-
cuser la responsabilité et admettre qu'elle
peut être acceptée ou considérée comme
uniquement atténuée

4^o Partie. Actes civils opposés aux ac-
tes criminels

7

5.° Mesures à prendre pour les aliénés
criminels.

Conclusion.

Annouce de la prochaine leçon sur l'hérédité
en général et ensuite sur les folies hé-
réditaires et leur limitation plus ou
moins étendue.

1^{re} leçon.

Responsabilité légale et diagnostic
général de la Folie.

1^{re} Partie. responsabilité légale et ir-
responsabilité des aliénés.

Historique, Antiquité, Angleterre, Amé-
rique, Allemagne et France. Société
psychologique, responsabilité tarfelle
régulation de cette théorie. Responsabilité

morale & responsabilité légale : Deux Esquisses
Théorie de la monomanie, nécessité d'un cri-
térium scientifique et médical basé sur
l'état de folie. Or, comment diagnostiquer
l'existence de la folie ? C'est là le sujet de
la seconde partie.

2^{me} Partie. Principes généraux du diagnos-
tic de la Folie : 3 critères insuffisants

1^o Libre arbitre 2^o Conscience de son
état, 3^o Comparaison de l'individu avec
lui-même. Il faut quelque chose de plus
médical et de plus sérieux

1^o Ensemble des symptômes psychiques

2^o Symptômes physiques

3^o Marche de la maladie

Celles sont les bases du diagnostic général
de la Folie.

Un nouveau progrès consiste à rattacher
le cas particulier à une forme clinique

véritablement connue.

La médecine légale se réduisant à une question de diagnostic, il s'agit simplement d'établir l'existence de la folie et l'on n'a plus à discuter sur le degré de responsabilité.

3.^o Partie : Cas dans lesquels cette discussion est admissible.

1.^o responsabilité selon les moments de la maladie : intervalles lucides, intermittences, rémissions : périodes d'incubation et de convalescence.

2.^o Etats de trouble mental en dehors de la folie.

1.^o Apoplexie

2.^o Épilepsie

3.^o Hystérie

4.^o Alcooliques

5.^o Période de prédisposition

6.^o Périodes prodromiques

7.^o Etats de faiblesse intellectuelle native, dégénérés, nôtés criminels et nôtés aliénés.

4^e Partie . Actes civils différents des actes
criminels .

5^e Partie Asile spéciale pour les aliénés et
criminels .

Conclusion ; Annonce de la prochaine Leçon
de la leçon de Jeudi .

Analyse du Chapitre de Krafft Ebing sur le diagnostic de la Folie.

La question de savoir si un individu est fou ou ne l'est pas peut être posée au médecin devant le tribunal ou au lit du malade

Devant le tribunal, elle est posée lorsque le juge a des doutes pour savoir si des anomalies psychiques sont simplement l'expression d'une disposition sentimentale ou d'une excitation passionnée d'un abandon volontaire à des penchants ou à des impulsions immorales, de tromperie volontaire et malveillante, ou bien si elles sont la conséquence d'une maladie du cerveau qui leur sert de base

le juge a besoin de cette décision pour pouvoir déterminer si un individu doit être condamné pour un acte contraire aux lois, s'il doit être privé de ses droits civils ou de sa liberté personnelle en le transportant dans un asile d'aliénés.

Au lit du malade surgit la question de savoir si les symptômes psychiques constatés existent eux-mêmes, c'est à dire s'ils sont l'expression de ces maladies du cerveau que l'on a l'habitude de désigner cliniquement sous le nom de maladie mentale ou bien s'ils ne sont qu'un symptôme d'une autre maladie générale, telle de la fièvre, delirium d'inanition, ou d'une intoxication ou d'une autre maladie nerveuse du cerveau. Il est vrai que dans beaucoup de cas, le diagnostic de la folie est

néral soit facile et certain même pour les gens étrangers à la médecine, d'autre part il en est d'autres, au contraire, où toute la science et les connaissances spéciales du médecin spécialiste sont indispensables et où même la question ne peut être décidée immédiatement. Ceci tient à ce qu'il n'y a pas de symptômes pathognomoniques de la Folie que ces symptômes peuvent avoir plusieurs significations et ne peuvent acquiescer de valeur que par une réunion et leur interprétation rationnelle.

Il est déjà difficile dans le domaine des maladies corporelles, là où l'on possède des moyens physiques accessoires de diagnostic très précieux, de décider le moment où la santé passe à l'état de maladie, combien cela est plus difficile encore dans le domaine psychique

ou l'on ne peut concevoir un état de santé a-
bsolument normal que comme un idéal, et
aucun individu ne peut être considéré com-
me absolument semblable à un autre, et où
les affections, les passions, les dévotions,
la sensibilité et de la volonté de la mor-
talié des autres hommes et même les er-
reurs de l'esprit et les illusions des sens
sont encore comprises dans la sphere de la
vie physiologique, et qui que constituent
des éléments de troubles psychiques non
douteux, sont cependant encore compatibles
avec la persistance de la lucidité intellec-
tuelle et de la libre disposition de soi-même.
Les difficultés qui résultent de la nature
même du sujet, sont encore augmentées
considérablement par le fait que le dévelop-
pement de l'état de folie qu'il s'agit
d'examiner est en général toute la

vie antérieure de l'individu restait souvent tout à fait inconnue ou bien que la maladie s'est développée insensiblement sur des anomalies de caractère habituelles sur des passions ou à la suite d'une conduite de la vie criminelle ou immorale, qu'il y a souvent soupçon de dissimulation ou de simulation de la part de l'inculpé, enfin parce que le temps de l'observation est souvent trop court et qu'alors les signes d'une manière périodique ou qui n'est encore qu'un commencement développé, échappent à l'observation. Comme règles générales du diagnostic de la Folie, sur le terrain psychique, on peut poser les principes suivants.

- 1^o Les maladies mentales sont des maladies du cerveau avec des symptômes psychiques prédominants mais non exclusifs.
- 2^o Si ces symptômes sont prédominants.

néral pour le jugement de l'état de ma-
ladie, le diagnostic ne doit pas cependant se
poser exclusivement sur ceux. Il faut rec-
her également les autres signes d'une ma-
ladie nerveuse cérébrale persistante et le dia-
gnostic psychologique doit être complété
au fond par un diagnostic Névro-
logique. On doit conseiller de mettre tem-
rarement de côté les symptômes psychi-
douteux et de poser la question de l'exis-
tence d'une maladie nerveuse cérébrale or-
ginaire ou acquise si l'on découvre ab-
des signes de dégénérescence anatomique
ou fonctionnelles, avec troubles des fonction-
vasomotrices, motrices et sensitives, ou
l'on peut rattacher à une cause centrale
à côté de symptômes psychiques d'un
valeur douteuse tels qu'excitation sensu-
mentale, affectifs pathologiques, accès

renvers, renchants immoraux, etc, leur véritable importance sera alors éclairée sous son vrai jour et l'on peut alors arriver à acquiescer la certitude qu'ils reposent sur une base morbide, telle que l'alcoolisme chronique ou la Folie morale dégénérative, épileptique, etc.

2^o Les maladies mentales (comme Châle l'a très bien fait remarquer, récemment, Manuel p. 182) ne sont pas seulement des maladies du cerveau, mais en même temps des maladies de la personnalité tout entière. Il faut étudier toute la personnalité antérieure et même son origine héréditaire, c'est à dire que le diagnostic psychologique doit être complété par un diagnostic anthropologique.

La vraie difficulté pour le diagnostic général et spécial de la Folie réside dans la connaissance exacte des antécédents, l'individualité totale, la connaissance de son développement, le mode de réac-

trou de sensibilité habituelle et anormale sont le principal objet de la recherche et surtout la constitution psychique héréditaire ou acquise. Les dispositions héréditaires, l'éducation et les divers événements de l'existence sont les facteurs auxquels revient l'individualité propre du sujet, c'est à ces facteurs qu'il revient la principale importance pour décider si des anomalies psychiques sont réellement morbides ou encore compatibles avec l'état physiologique.

3^e Les maladies mentales envisagées d'une manière générale, sont des maladies. Elles s'accompagnent de troubles de la vie végétative. Les recherches les plus minutieuses de la vie physique doivent donc marcher de front avec celle de l'observation psychique. Ce n'est que par cette étude que nous pouvons

arriver à décider si la maladie mentale est idiopathique ou liée à un trouble symptomatique des fonctions psychiques. Les symptômes physiques les plus importants sous ce rapport sont les troubles du sommeil, de la nutrition (poids du corps), de la digestion, des fonctions intestinales, des sécrétions. Elles n'ont une véritable importance que dans les premières périodes de la maladie. Dans les 1^{res} périodes de ultérieures, elles peuvent disparaître sans que leur suppression soit une preuve de la non existence de la maladie.

4^e La Folie comme la maladie, a des causes. La maladie mentale, en elle-même est une manifestation peu habituelle est une manifestation peu habituelle. Elle doit être motivée d'une façon suffisante, soit par une prédisposition très nuisante, soit par une intensité particulière ou une accumulation de causes occasionnelles. L'observation psycholo.

gique doit être complétée par une étude étiologique et pathologique. Plus les symptômes de perturbation psychique se relèvent de bonne heure et pathologiquement à une cause déterminée et plus leur importance augmente. L'importance de l'explication étiologique du fait ne diminue que dans les cas où aucune cause déterminante ne paraît évidente et lorsque la cause déterminante qui a précédé l'acte incise la question de savoir si la modification psychique qui a suivi n'est pas une simple réaction physiologique ou une manifestation vraiment pathologique.

Là où aucune cause occasionnelle n'est palpable il y a toujours une disposition native ou acquise ou même une maladie congénitale.

C'est là que la connaissance des antécédents et les recherches anthropologiques, éthologiques et cliniques fournissent une véri-

lumière pour éclairer la question en montrant que la question tableau pathologique douteux que l'on a sous les yeux, n'est que le plus haut degré de développement d'une personnalité defectueuse et disposée à la folie malade depuis la naissance. Ce qu'il y a de plus difficile sous ce rapport, c'est le 2^{me} cas, c'est à dire celui dans lequel la perversion psychique que l'on constate peut être considérée comme une réaction naturelle contre une cause déprimante quelconque. La tristesse émo-
tionnelle appartenant au domaine physiologique et la disposition morbide à la tristesse commé-
moriante peuvent en effet présenter un aspect absolument identique.

Ce qui est décisif dans ces cas, c'est par dessus toutes choses, la marche de la maladie, la connaissance du mode habituel de réaction de l'individu et l'observation minutieuse des divers symptômes de détail. Si la cause effluente est, peu importante, si son action sur

L'individu est plus intense et plus prolongé qu'elle ne l'est habituellement, si elle ne diminue pas progressivement d'intensité à mesure que l'on s'éloigne de l'acte de la cause et si, au contraire, elle persiste au même degré, malgré la disparition de la cause alors la présomption d'un état pathologique de la sensibilité morale augmente de plus en plus. La sensibilité douloureuse de l'homme normal n'est pas absolument générale et reste encore accessible jusqu'à un certain point à des impressions agréables. Tandis que la disposition triste malade transforme les sentiments agréables en sentiments pénibles et ne fait par là qu'augmenter d'intensité.

Cette disposition s'élève alors spontanément jusqu'à un degré supérieur et est accompagnée de sensations de frayeur, d'anxiété, d'an-

poisse et de l'ouï par suite de modifications organiques et psychiques intérieures, tandis que chez l'homme sain d'esprit ces sensations ne se produisent pas ou sont motivées par des causes purement extérieures. Celui qui est atteint de dispositions morbides, de la sensibilité morale, a souvent le sentiment intime et la conscience de l'envahissement d'un état maladif et éprouve en même temps des troubles dans les fonctions sensoriales : mal de tête, vertiges, insomnie, sentiment d'obstacle au mouvement de la pensée, vacillat des idées, pression à la tête et à l'épigastre, hyperesthésies et névralgies variées etc etc. Les phénomènes de la nutrition souffrent également chez lui beaucoup plus qu'à l'état normal et le poids du corps diminue de beaucoup plus vite que chez les gens simplement tristes à l'état physiologique.

5^o Le plus important après les symptômes d'une maladie, c'est sa marche. La Pothé

à empiriquement des types de développement
et une marche déterminée en rapport avec
chaque forme morbide. Lorsqu'un cas particulier
correspond aux lois de développement d'une
maladie mentale déterminée, l'état malade
devient alors incontestable surtout lorsque des
accès semblables du même mal reviennent
périodiquement et coïncident avec des états
physiques concomitants par exemple avec
la suppression des règles.

Mais aussi l'ensemble du processus patho-
logique en tant qu'il se manifeste dans
détail des symptômes, acquiert une plus
grande valeur pratique, alors même que nos
connaissances de la régularité et de la suc-
cession naturelle des symptômes présente de
nombreuses lacunes. Plus il nous est possible
de démontrer la liaison et la conformité de
la succession des symptômes avec des lois
connues antérieurement et plus il devient

Certain que le fait soumis à l'examen est de nature pathologique.

6^e Dans la folie comme dans toute autre maladie, il s'agit de vivre dans des conditions anormales. Les fonctions ne sont pas totalement changées, les conditions seules de leur exercice sont anormales. Les fonctions ne sont pas totalement changées, les conditions seules de leur exercice sont anormales. De là résulte nécessairement que ce qui est défectueux, ce n'est pas l'altération de la fonction en elle-même, mais ses rapports avec des conditions anormales.

Ce qui différencie surtout l'aliéné de l'homme sain d'esprit, c'est que chez ce dernier les phénomènes psychiques en général sont en rapport avec les impressions et les faits réels du monde extérieur, tandis que chez l'aliéné, ils résultent de dispositions intérieures, organiques et malades. Ils sont

L'expression de changements d'objectifs venus dans la conscience même du malade faits fictifs ou non suffisamment motivés dans le monde extérieur. Ce qui est dit ce n'est pas le contenu, mais le mode de production et les motifs des phénomènes psychiques. Il n'y a pas chez l'aliéné de trouble de fonction qui ne puisse survenir accidentellement dans le domaine étendu de la santé psychique.

2° Une maladie est toujours un ensemble complexe qui n'est jamais constitué par un seul symptôme. Ceci est vrai également pour la folie. La conception du tableau morbide ne peut donc être que synthétique. Ce n'est que la connexion et la liaison des symptômes entre eux, d'après les lois connues la combinaison exacte et l'interprétation des manifestations disparates, l'étude

approfondie de leur mode de succession et de leurs rapports réciproques qui peut donner à un symptôme isolé son importance et sa valeur réelle.

L'analyse isolée de chacun des symptômes ne peut jamais conduire au but, d'autant plus que les symptômes isolés, fût-ce même une idée délirante ont plusieurs significations. Or, c'est encore moins possible pour des anomalies d'humeur, des affections, des penchants pervers, des actions criminelles, des tendances immorales qui n'acquiescent de valeur que par leur rapport avec les autres symptômes et avec la personnalité antérieure et actuelle du malade.

8.^o La Folie, étant une maladie de la personnalité nécessite l'examen direct de l'individu et des phénomènes concrets qu'il présente. Deux personnes disant la même chose ne sont pas pour cela

identiques. La connaissance de l'individu est indispensable. Dans la bouche d'un homme placé au sommet de l'échelle de la science la croyance aux sorcières, chez un astronome la croyance à l'immobilité de la terre paraît très étrange, tandis qu'elle serait facilement admissible chez un homme de campagne.

9.^o La Folie, comme manifestation extérieure, maladie de la vie rend indispensable l'examen personnel du malade. Lorsque cet examen vient à manquer, comme dans les rapports de facultés en l'absence du malade, dans l'examen de l'état mental d'un testateur qui est mort à l'époque de la contestation du testament, il échappe à l'observation et partant au diagnostic plusieurs signes importants tels que l'expression de la physionomie, l'attitude extérieure du corps, etc etc

Lorsque l'on peut examiner directement le malade, il est très important de le surprendre et de l'observer dans les circonstances habituelles de sa vie. La manière dont il habite, dont il s'habille, dont il s'occupe, peut fournir des indications précises au spécialiste non seulement pour constater l'aliénation mentale mais pour en connaître les manifestations particulières. Le point difficile pour le diagnostic réside dans la conversation avec le malade. On doit savoir non seulement ce qu'on doit demander mais comment on doit guider la conversation. L'objet de l'examen n'est ni une plante, ni un cristal, mais une conscience humaine, mobile, qui est très fortement influencée par le mode et la forme de l'investigation et de l'interrogatoire.

Il faut s'introduire chez lui d'une manière toute naturelle, commencer la conversation par des choses indifférentes

et l'entraîner à causer sans lui indiquer
le but précis de l'entretien. Jamais ce
lui-ci ne doit avoir le caractère d'un in-
terrogatoire judiciaire. Le mieux est de
parler d'abord de la santé physique et de
faits antérieurs de son existence, de lui mon-
trer de la sympathie et d'acquiescer ainsi
peu à peu sa confiance. On obtient ainsi la
connaissance des divers événements de sa
vie, de ses opinions, de ses desirs, de ses
plans, de ses dispositions d'esprit, de son
intelligence de ses aspirations. On dirige
la conversation sur l'origine de la famille
la situation sociale, les questions politiques
et religieuses et l'on cherche avec atten-
tion à constater s'il surgit des modifi-
cations dans les idées, dans une durée
quelconque qui pourrait mettre sur
la voie d'une conception délirante quel-
conque. Or, il est de règle que les aliénés

chaque fois qu'on touche à son délire & ouvre de suite carrière et se tire plus ou moins directement complètement. Pendant cette conversation, on a le temps d'examiner le regard, l'expression de physionomie, les gestes, la tenue ainsi que l'habitation et l'entourage du malade.

A cette exploration psychique, il faut joindre l'examen attentif de l'état physique, de tous les organes et de toutes les fonctions. Un auxiliaire puissant pour l'examen d'un aliéné, c'est l'étude de ses écrits. Le mot, le style, c'est l'homme, à ici toute sa valeur. On peut soutenir, en général, que chaque forme de maladie mentale a son écriture particulière et que le malade se manifeste dans ses écrits, où il ne se sent pas observé, se trahit plus que dans ses paroles. Ceci s'applique surtout à ces aliénés qui, en vertu de conceptions délirantes ou d'hallucinations impératives, opposent à

à tout interrogatoire un silence obstiné
On s'étonne souvent de voir des malades
qui, dans la conversation, parlent très
raisonnablement et qui, dans leurs écrits, ma-
nifestent un grand désespoir, désordre d'es-
prit. Mais, d'un autre côté, des écrits très
raisonnables, n'excluent nullement la folie
pas plus qu'un langage raisonnable.

Les écrits des aliénés peuvent conduire à
la découverte de conceptions délirantes restées
cachées, au point de vue du style, à l'appré-
ciation de leur conscience intime et au point
de vue de la forme graphique, à la cons-
tation de troubles peu prononcés de la co-
ordination des mouvements. Les déments
écrivent moins que les autres aliénés. La
construction enfantine des phrases, l'ab-
sence de clarté de la diction, indiquent
la faiblesse d'esprit. Comme les écrits

demandent en général une plus grande clarté des idées que la parole. L'écriture est un réactif plus délicat des états de faiblesse psychique (Guintz.) Le Mélancolique également écrit peu. Son humeur triste la lenteur de ses conceptions l'en empêchent. La monotonie de la pensée se reflète dans la répétition constante des mêmes accusations. Si l'écrit n'est pas d'un seul jet, on y voit que le malade ne peut vaincre que par secousses les empêchements de sa pensée et n'a pu arriver à manifester ses idées que par phrases isolées et fragmentées. Souvent les lettres sont tracées d'une main tremblante. Le maniaque écrit beaucoup d'une main ferme, en gros trait et avec une écriture aussi rapidement sur le papier. Elle est un tableau fidèle de la pensée accélérée, que la main peut à peine suivre.

de telle sorte que des mots sont sautés
et des phrases laissées incomplètes. Si
le mouvement rapide des idées augmente
encore, les ~~et~~ écrits deviennent une chose
inextricable de mots et de fragments de
phrases qui se succèdent sans interrup-
tion. Dans son délire d'écriture, le malade
écrit en travers et en biais et ne s'in-
quiète pas de la quantité du matériel
qui se trouve à sa disposition. Les malades
qui écrivent le plus sont les délirants cha-
niques, les querelleurs et les érotomanes.
Au point de vue graphique, il existe de
nombreuses modifications de l'écriture, de
ornementations bizarres, des arabesques,
des dessins et des soulèvements de mots
et de syllabes.

La dictée elle-même peut être conu-
nable ou bien, au contraire, emphatique,

35

figare, selon la nature des conceptions
déliantes ou de la conscience interne.
On peut observer sous ce rapport les plus
grandes bizarreries. Marié parle d'un
aliéné chronique qui attachait une impor-
tance extrême au nombre 3, répétant par-
écrit chaque lettre 3 fois de suite.
Du point de vue de leur contenu, les é-
crits des déliés partiels chroniques peu-
vent être d'une grande importance parce
qu'ils dévoilent des conceptions déliantes
qui restent soigneusement cachées dans la
conversation.

Chez beaucoup de malades, l'écriture
devient tout à fait incompréhensible
par l'emploi de mots usuels détournés de
leur sens habituel par des déplacements
de syllabes ou par l'annexion de sylla-
bes supplémentaires et sans aucun sens,
ou par la substitution aux signes ordinaires

de l'écriture, de caractères hiéroglyphiques ou symboliques. Les malades en arrivent jusqu'à la création de mots nouveaux, même jusqu'à l'invention d'un idiome spécial.

Il existe quelques signes particuliers de l'écriture des malades appartenant à la paralysie générale. Le trouble de la coordination des mouvements se représente dans l'expression graphique indistincte, semblable à celle des écoliers en zig-zag, tremblée, écriture en pattes de mouche ou en traits linéaires qui ne se touchent plus entre eux.

Souvent il existe de la Paragrophie ou de l'agraphie, de sorte qu'il se produit des mots faux incomplets ou incorrectement écrits, ou bien des mots manquent complètement. L'Amnésie peut être post-

au point que le malade répète des mots ou des li-
 gnes entières qu'il veut d'écrire à l'instant même.
 Le grand trouble de la conscience empêche
 de s'apercevoir de ces lapsus. Il en résulte que
 dans le cours de l'écriture le malade oublie
 de suite le but qu'il se proposait en commen-
 çant, de sorte que dans le même écrit, il
 s'adresse successivement à plusieurs per-
 sonnes. Les mêmes motifs le conduisent à
 intercaler dans ses écrits des phrases en-
 tières d'un écrit ou d'un livre placés à
 côté de lui, à écrire en même temps dans
 plusieurs langues, à laisser la lettre inache-
 vée et à oublier l'adresse, la date ou la
 signature. L'aspect intérieur de l'écrit
 témoigne également de l'état maladif, le
 papier est grossier, couvert de dessus et
 dessous d'encre, et indique souvent de la
 manière la plus évidente le grand trouble
 d'esprit dans lequel se trouvaient ces
 malades.

Parmi les symptômes qui doivent encore servir au diagnostic général de la folie, il faut citer les suivants. La transformation de la personnalité en une personnalité nouvelle ou l'existence de conceptions délirantes et d'illusions = ces deux derniers sont la seule base du diagnostic pour le public.

Changement du caractère :

Le processus pathologique qui sert de base à l'aliénation mentale consiste dans la modification du caractère primitif de l'individu c'est à dire de ses habitudes, de ses penchants de ses aspirations et de ses manières d'être antérieures. La personnalité devient tout autre. Ce symptôme est d'ailleurs plus précieux que c'est ordinairement le signe primitif précédant l'apparition du délire des idées et du délire d'action. Cette modification du caractère qui peut

s'étendre jusqu'à une métamorphose complète des conceptions et des aspirations anciennes. Devient d'autant plus importante qu'elle coïncide avec un moment où l'individu qui l'éprouve se trouve soumis à l'action des causes les plus importantes de maladie mentale.

2.^o Conceptions délirantes. Un signe important mais cependant pas indispensable, de maladie mentale, consiste dans l'existence de d'idées délirantes. Ce serait cependant une grande erreur de ne vouloir admettre la folie que là où l'on peut démontrer leur existence. Le malade peut, en effet, se trouver dans une période de début où il n'existe qu'un trouble des dispositions affectives, et s'il peut appartenir à une forme de maladie mentale qui ne présente jamais de conceptions délirantes. De plus, le malade peut cacher les idées délirantes et

de plus, quoi que généralement présentes, elles peuvent pour moment disparaître dans l'esprit du malade. Enfin, alors même qu'on en constate l'existence, il faut souvent un examen très attentif, pour démontrer leur caractère indubitablement délirant. L'homme sain d'esprit peut concevoir également des idées souverainement absurdes et surpasser même l'aliéné sous ce rapport. Tandis qu'au contraire, le délire d'un aliéné peut très bien ne pas être invraisemblable ou impossible, comme par Ex, le délire d'infidélité conjugale ou le délire d'empoisonnement. Ce qui est décisif, dans ce cas, ce n'est pas le contenu même de l'idée, mais son mode de production et ses rapports avec l'état général actuel et antérieur de l'individu qu'on observe. Elle est sans valeur pour le diagnostic tant que

C'est on observe. Elle est sans valeur pour le diagnostic tant que l'on a pas recherché son mode de production et tant qu'on ne l'a pas soumise à une interprétation rationnelle. Pour apprécier la valeur d'une idée délirante, il faut surtout s'appuyer sur les faits suivants.

A) Les erreurs de l'homme sain d'esprit reposent sur une faute de conclusion logique, ou bien sur l'ignorance, l'inattention ou l'existence d'une passion ou d'une superstition qui faussent les prémisses d'un raisonnement. Le délire d'un aliéné, au contraire, est le résultat d'une maladie du cerveau, d'une hallucination ou d'une tentative d'explication d'une disposition malade ou d'un délire primordial. On peut alors s'y rattacher et il se trouve ainsi en rapport avec d'autres troubles psychiques élémentaires tels que dispositions

morbides de la sensibilité morale, sensu-
sions anormales etc etc, à un développement
régulier et conforme aux lois très ordinaires
de la pathologie, et n'a par conséquent rien
d'accidentel.

B) Il est en contradiction complète avec
les opinions anciennes de l'individu, avec
sa manière antérieure de penser et avec
son expérience personnelle. Un physicien
qui croit pouvoir voler, un mathé-
maticien qui croit trouver la quadrature
du cercle, un chimiste qui croit avoir dé-
couvert le moyen de faire de l'or, etc.

C) Le délire de l'aliéné a toujours
un rapport avec le sujet sentant. Un
homme sain d'esprit peut, par bêtise,
par crainte, ou autrement, croire à l'exis-
tence des sorciers et il n'est pas pour cela
aliéné. Un aliéné croit aussi selon les
circonstances, à l'existence des sorciers

et il n'est pas, pour cela, aliéné. Un aliéné croit aussi selon les circonstances à l'existence des sorciers mais c'est parce qu'il les sent, les voit ou les entend.

2.) Par cela même que le délire de l'aliéné est la manifestation d'un état pathologique, la logique et le raisonnement ne peuvent rien contre lui. Il persiste et disparaît avec la maladie qui lui donne naissance. On ne peut pas plus chasser son délire par la discussion que guérir la maladie par des discours.

L'homme sain d'esprit au contraire, pourra reconnaître et corriger son erreur quand il aura reconnu qu'elle est absurde.

3.^o Hallucinations. Les hallucinations elles-mêmes qui peuvent survenir dans d'autres affections cérébrales ou nerveuses dans des fièvres et dans des intoxications.

hoirs, ne sont pas par elles-mêmes un signe incontestable d'aliénation mentale. Elles ne demandent qu'un état maladif quelconque du cerveau. Leur importance comme symptôme de maladie mentale ne dérive que de la constatation de la maladie mentale elle-même.

Les hallucinations, n'apparaissent donc sous leur véritable jour que lorsqu'elles sont liées à d'autres troubles psychiques et mentaux, tels que les modifications de l'humeur et du caractère, les accès d'angoisse ou d'anxiété etc, quand elles ne peuvent plus être corrigées par la conscience troublée et quand elles acquièrent une influence incontestable sur les actes.

Cependant, il y aura toujours présomption de folie toutes les fois que l'on constatera des hallucinations, surtout quand elles existeront dans plusieurs sens à la fois.

Les indications qui précèdent peuvent suffire pour arriver au diagnostic général de la folie. Mais comme les symptômes psychiques de la folie peuvent être simulés, le juge demande encore au médecin de prouver que les symptômes constatés sont bien dus à une maladie réelle et non simulés intentionnellement par les individus accusés d'un crime ou d'un délit.

Indications générales sur le Diagnostic de la Folie.

Le Diagnostic de la Folie chez les persien-
seurs raisonnants est le point le plus impor-
tant et le plus difficile de la question qui nous
occupe. De toute la pathologie mentale, ce
sont les cas où les limites entre le raisonne-
ment et la Folie sont les plus difficiles à
poser.

Il est, en effet, certains caractères violents
rancuniers, vindicatifs et processifs, qui, à
la suite d'un dommage quelconque, d'une
injure ou d'un méfait, quelque soit
se trouvant lésés par l'individu avec
lequel ils sont en rapport, sont disposés
naturellement à se faire rendre justice par
tous les procédés imaginables, à réclamer
réparation et honneur ou d'argent, avec
une persistance que rien ne lasse et qui
consacrent ainsi tout leur temps, toutes

leurs facultés, à poursuivre ces individus de
leurs réclamations et de leurs plaintes in-
cessantes et qui peuvent arriver en-
fin jusqu'à des actes violents et même
jusqu'au meurtre ! Les duellistes, les gen-
processifs, les redresseurs de torts, les gens
querelleurs et aimant la discussion, sont
assez fréquents dans l'humanité en gé-
ral, et ne sont pas des aliénés. Les romans,
les pièces de théâtre, les annales des tri-
bunaux nous offrent tous les jours des ex-
emples multiples de ces divers caractères,
même poussés à l'extrême, et qui cepen-
dant ne sont pas considérés comme atteints
d'aliénation mentale.

Que faut-il donc pour que des individus
de ce genre appartiennent à la catégorie des
malades et soient envisagés comme des
ayant franchi la frontière qui sépare la
raison de la folie ? C'est là certainement

le point le plus difficile à élucider dans la question qui nous occupe, et celle qui peut être souvent l'objet d'un litige et d'une contestation prolongée entre les médecins d'une part, les avocats, les magistrats, les journalistes de l'autre.

Tous les auteurs qui ont étudié cette question en France et à l'étranger, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours et surtout depuis Pinel et le commencement de ce siècle ont cherché dans la psychologie seule, c'est à dire dans l'étude des diverses facultés psychiques, la solution de ce problème, si difficile et c'est sur cette base unique en quelque sorte, qu'ils ont basé le diagnostic de la manie sans délire de la folie raisonnée, folie morale, folie des actes. Ils ont posé en principe que, chez ces malades, les facultés intellectuelles pouvaient être considérées comme intactes, non atteintes

par la maladie, tandis que les facultés affectives, instinctives et morales étaient seules altérées et que l'altération morbide de ces facultés morales entraînaient à leur suite des actes étranges, bizarres, désordonnés, excentriques et violents, qui devaient surtout servir de moyen de diagnostic pour établir l'existence de la folie. C'est par ce procédé, tout psychologique de la Folie. C'est par ce procédé, ~~psychologique~~ psychologique que l'on est arrivé à la création des monomanies auxquelles on a donné les noms des monomanies auxquelles on a donné les noms les plus ~~vrais~~ variés, et après la nature du sentiment ou du penchant qu'on supposait altéré ou perverti. C'est ainsi qu'on a créé la monomanie homicide, la ~~lèpre~~ lèpremanie ou monomanie du vol

la Pyromanie ou monomanie incendiaire
la monomanie érotique, ambitieuse, religieuse
ou de persécution .

Tous les auteurs qui sont restés dans cette
voie purement psychologique et qui ont
admis la théorie de la monomanie ont
fait les plus louables efforts pour arriver
à découvrir des signes distinctifs pratiques
entre la raison et la folie mais ils n'ont
pu trouver aucun criterium absolu et
vraiment scientifique . Dans la plupart
des cas , la solution de la question n'est
sit qu'à une différence de degré et non
à une limite précise et nettement détermi-
nées . Aussi ont ils couché presque tous ,
dans ces cas difficiles , à l'existence intermé-
diaire entre la raison et la folie , auxquels
ils ont donné les noms variés de Sub-mane
(Moreau de Tours) de Zone intermédiaire ou
Limbrophe (Maudsley) de Frontière de la

Folie / Ralli

Les criteriums les plus importants qui ont été admis par les différents auteurs, dans tous les pays sont les suivants.

1.^o L'absence de conscience de son état, mais d'une part, l'aliéné ressemble sous ce rapport à l'homme sain d'esprit qui, selon le mot classique emprunté à l'antiquité, ne se connaît jamais lui-même, et

par conséquent, ce caractère n'a rien de distinctif entre l'homme normal et l'homme malade, et d'autre part, la science moderne a parfaitement établi, contrairement à l'opinion des aliénistes de l'ancienne école, qu'il existe toute une catégorie d'aliénés ayant conscience de leur état, et qui néanmoins sont dans un état pathologique incontestable.

2.^o La différence de l'individu avec lui-même ~~et~~ avant ~~et~~ après la maladie

Il est certain que dans la plupart des cas d'aliénation mentale il s'opère au moment de l'invasion de la maladie une véritable transformation du caractère qui rend le malade tout à fait différent de ce qu'il était autrefois et en fait en quelque sorte un être nouveau, mais dans beaucoup de cas et surtout dans ceux dont nous nous occupons actuellement, l'état maladif ne se distingue précisément le plus souvent, de l'état mental antérieur que par une simple différence de degré et par une véritable exagération malade de tous les traits du caractère antérieur. Les individus étaient des excentriques, des égoïstes, des orgueilleux, avant de devenir des aliénés raisonnants et ces traits de leur caractère primitif, n'ont fait que se développer à un plus haut degré par l'effet de

la maladie. Le caractère destructif utile dans beaucoup de cas, est donc insuffisant dans d'autres et surtout dans ceux dont nous parlons.

2.^o La perte du libre arbitre, (c'est à dire du pouvoir de se diriger soi-même à volonté) par suite de la production involontaire et automatique d'idées, de sentiments distincts ou d'impulsions engendrées par la maladie, qui s'imposent à l'individu malgré lui et entraînent sa volonté dans une direction presque fatale. Les forces d'impulsion morbides s'emportant démesurément sur les forces de résistance qui pourraient servir de contrepoids. C'est là ce qu'on a appelé une rupture d'équilibre dans l'équilibre intellectuelle et morale, ce qui constitue l'entraînement involontaire, l'automatisme cérébral, l'impulsion.

88

morbide et l'irrésistibilité des penchants
et des actes et ce qui a pour conséquence
naturelle, l'irresponsabilité morale et lé-
gale. Mais ce caractère essentiel de l'état
de folie ne peut constituer par lui-même,
un moyen de diagnostic puisqu'il s'agit
précisément pour le médecin d'établir
son existence et que c'est là par consé-
quent répondre à la question par la ques-
tion et par un véritable cercle vicieux.
Il s'agit précisément d'établir qu'un
individu est aliéné, c'est à dire a perdu
sa responsabilité et sa liberté morale
et pour cela, vous dites au médecin
de prouver d'abord qu'il a perdu la
force de résister à ses impulsions afin
d'en déduire la conséquence qu'il est
atteint d'aliénation mentale ! C'est
là une véritable pétition de principe
et un procédé tout à fait contraire

à toutes les lois de la logique. On pour-
rait-on trouver le phrenomètre, c'est-
à-dire l'instrument de précision vrai-
ment centrifuge qui permettrait au
médecin de mesurer avec exactitude,
(comme le savant le fait avec le ~~phreno-~~
mètre ~~et~~ pour la pesanteur de l'air
et pour la température avec le thermomètre
le degré d'impulsion et le degré de résis-
tance de chacune des facultés psychi-
ques pour pouvoir conclure à la résultante gé-
nrale de toutes ces forces combinées et
contradictories et arriver ainsi à démon-
trer que les forces d'impulsion l'ont
emporté fatalement sur les forces de résis-
tance au point d'entraîner l'irrésisti-
bilité des actes et la non responsabilité
de l'individu. Le phrenomètre, mal-

heureusement n'existe pas, et au lieu de continuer à porter son attention sur ce changement d'équilibre entre les diverses forces psychiques, il faut chercher dans d'autres directions des critères plus vrais et plus pratiques pour arriver à distinguer la raison de la folie, la santé de la maladie.

Tous les auteurs qui ont suivi cette voie psychologique ont été obligés, en définitive, de renoncer à ces critères théoriques, qui ne pouvaient remplir le but désiré et de se borner comme les philosophes, les magistrats et les avocats, à se livrer à des discussions à perte de vue, à propos de chaque cas particulier, sur de simples différences de degré sur la nature spéciale des actes, sur leurs mobiles et sur les diverses circonstances qui les précèdent, les accompagnent ou les suivent. C'est ainsi que, pour les idées, par exemple,

après avoir d'abord cherché à s'appuyer
sur les caractères plus ou moins absurdes
des idées émises par les aliénés, on est
arrivé peu à peu à se convaincre que beau-
coup d'idées exprimées par les aliénés
ne sont pas plus absurdes que celles qui
ont été soutenues, défendues à diverses é-
poques par des gens sains d'esprit, ce qui
a fait dire à Leuret, par exemple, qu'il
n'existait pas une seule idée folle qui
n'ait été acceptée à diverses époques de
l'histoire par une génération d'hommes
supérieurs et même par une génération
tout entière. La nature de l'idée ne
peut donc servir de criterium absolu
pour distinguer la raison de la folie. On
en est ainsi arrivé à ne plus envisager
l'idée en elle même, mais dans ses
rapports avec l'ensemble des autres

idées de l'individu et surtout au point
 de vue de son influence sur les actes et sur
 la conduite. On a donc admis que l'exis-
 tence de certaines idées fausses, étranges,
 dans une intelligence restée saine d'ailleurs
 dans son ensemble, pouvait être considé-
 rée tout au plus comme une simple bizar-
 rerie, une anomalie intellectuelle, mais
 non comme un signe de maladie mentale,
 et que, pour constituer une véritable fo-
 lie, au lieu de rester isolée dans un coin
 de l'intelligence, devait entraîner des
 changements considérables dans toute la
 nature intellectuelle de l'individu, et sur-
 tout dans ses actes, dans l'ensemble
 de la conduite, dans la direction géné-
 rale de son existence. Partant de ce prin-
 cipe, le diagnostic de la folie basé sur
 la nature des idées délirantes, cessait
 d'être absolu pour reposer sur une simple
 différence de degré dans la réaction de

Ces idées fausses sur l'ensemble des autres idées et sur la conduite de la vie.

Les mêmes procédés de diagnostic ont été appliqués par les psychologues partisans de la théorie de la Monomanie, à l'étude des sentiments et des penchants.

L'appréciation de leur degré d'intensité était le premier élément pour juger de leur caractère maladif, mais ne pouvait suffire il fallait surtout se baser sur le degré d'influence qu'ils exerçaient sur les actes et sur les mobiles de ces actes.

On admettait d'abord qu'un penchant ou un sentiment naturel était exalté par la maladie (sentiment religieux, erotique, penchant à la violence, au meurtre, au vol, etc.) Mais, comme on ne pouvait mesurer l'intensité variable de ce sentiment ou de ce penchant

on tenait compte surtout de son influence
 sur les autres facultés et sur les actes.
 On se demandait alors à quels actes
 entraînant ce penchant surexcité et jus-
 qu'à quel point toute la conduite de l'in-
 dividu était influencée ; on recherchait
 ensuite quels étaient les mobiles déter-
 minants de ces différents actes et si ces
 mobiles étaient, oui ou non, conformes
 à ceux qui dirigent l'homme à l'état
 normal ? Les actes étaient-ils lon-
 guement combinés ? prémédités ou bien
 instantanés et impulsifs ? ou bien,
 au contraire, motivés par une idée
 et dirigés vers un but déterminé ? Le
 malade avait-il un intérêt quelconque
 à accomplir cet acte, pour en tirer
 un profit ou pour satisfaire un senti-
 ment de jalousie, de haine ou de
 vengeance, ou bien au contraire, agis-

fait sans intérêt ou même contrairement à son intérêt bien entendu?

Enfin, on étudiait avec soin toutes les circonstances qui avaient accompagné l'acte soumis à l'examen de l'expert et l'on recherchait jusqu'à quel point ces actes étaient conformes ou contraires à ceux de l'homme à l'état normal. Tous les traités de médecine légale relative à l'aliénation mentale reposent sur ces différences de degré sur ces diverses appréciations de facultés lésées et sur l'influence qu'elles exercent sur les actes. Mais ce sont là de simples discussions de philosophes et d'avocats dans lesquelles la science médicale et la clinique spéciale n'intervient presque à aucun degré.

Une nouvelle direction a été imprimée aujourd'hui à la pathologie mentale

et à la médecine légale des aliénés
 au lieu de dissertar sans fin sur les fa-
 cultés lésées, sur leur degré de perversion
 et sur le degré d'influence que ces perva-
 sions exercent sur les actes, il faut faire
 de la médecine clinique, baser la médi-
 cine légale sur la connaissance des faits
 analogues observés antérieurement dans
 des conditions où les individus n'avaient
 aucun intérêt à simuler ou à dissimuler
 la folie et comparer le fait particulier
 le fait particulier soumis à l'examen, à
 tous les faits analogues observés antérieu-
 rement, à un point de vue médical et
 clinique et éclairer ainsi le cas parti-
 culier à la lumière de tous les faits
 du même genre appartenant à la même
 catégorie morbide. Pour établir le dia-
 gnostic de la folie d'une manière vrai-

ment scientifique et médicale, il faut
appliquer à la pathologie mentale les ré-
gles et les méthodes de la pathologie ordi-
naires, cesser d'être psychologues pour les
médecins et étudier les faits d'altéra-
tion mentale comme on étudie ceux de
la pathologie nerveuse ou cérébrale.

Le Diagnostic doit donc porter sur
les faits généraux suivants =

1.^o Ne pas se borner à l'étude de la lésion
d'une façon isolée ou d'un acte incriminé
mais étudier l'individu malade dans
l'ensemble de ses facultés, de ses idées,
et de ses penchants, et dans toute la
conduite de sa vie. Renoncer absolument
à la théorie des monomanies pour ad-
mettre celle des espèces morbides et arri-
ver ainsi à faire rentrer le cas particu-
lier dans une espèce ou une variété mor-

69

mide et arriver ainsi à faire rentrer le cas particulier dans une espèce ou une variété morbide préalablement décrite cliniquement

2.^o Ajouter l'étude des symptômes physiques à celle des phénomènes intellectuels et moraux et des actes accomplis par les malades.

3.^o Étudier l'évolution générale de la maladie et l'histoire complète physique et morale d'un individu depuis sa naissance jusqu'au moment où on l'examine.

En résumé, le diagnostic d'un cas particulier d'aliénation mentale doit reposer sur 3 bases différentes :

1.^o Sur l'ensemble des phénomènes intellectuels et moraux rapproché d'une forme déterminée de maladie mentale connue cliniquement

2.^o L'étude des symptômes physiques

3^o. Sur la marche générale de la maladie, ou, en d'autres termes, sur l'histoire complète de la vie de l'individu soumis à l'examen.

Voilà les 3 fondements sérieux et scientifiques du diagnostic général de la folie et, par conséquent, de la médecine légale des aliénés qui, ainsi que l'a dit mon père, se résume toute entière dans une question de diagnostic, et ces moyens de diagnostic sont bien autrement sérieux que ceux empruntés à la psychologie pure.

Les principes généraux une fois posés on les applique ensuite à chacune des formes connues de maladie mentale et variant l'examen d'après les symptômes connus et la marche particulière de chacune de ces formes spéciales.

2^{me} Leçon.

- 1^o Hérité physiologique
- 2^o Hérité pathologique en général
- 3^o Hérité des maladies mentales et nerveuses
- 4^o Influence des doctrines de Morel sur la pathologie mentale
- 5^o Formes de maladies mentales ayant l'empreinte de l'Hérité.
- 1^o Paralyse générale
- 2^o Alcoolisme
- 3^o Hypochondrie
- 4^o Hystérie Epilepsie
- 5^o Hystérie
- 6^o Délire de persécution (persécuteurs)
- 7^o Description de la folie héréditaire proprement dite. Signes physiques et intellectuels, id. de l'ordre moral.

Marche de la maladie depuis la naissance jusqu'à la mort. Pronostic.

8.^o Caractères communs à toutes les folies héréditaires.

7.^o Lucidité

6.^o Rémissions.

5.^o Pas d'hallucinations

4.^o Prédominance des folies des actes

3.^o Accès congestifs et délirants dans le cours de l'existence.

2.^o Ne pas exagérer les folies héréditaires critique de Magnus.

Limitation de l'état physiologique.

1.^o Limitation parmi les formes de la Folie.

Admettre une grande famille d'aliénés héréditaires et la subdiviser en formes et variétés, au lieu de tout englober

dans une seule classe.

Les leçons suivantes seront consacrées à

1.^o Aux Folies intermittentes et
périodiques

2.^o Aux états émotifs et avec conscience

3.^o à l'Alcoolisme.

les

me

2

13 9^{he} 80.

La leçon sur l'hérédité en général
doit être divisée en 4 parties.

1^{re} Partie. Lois de l'hérédité en général,
au point de vue physiologique
Hérédité physique et hérédité des quali-
tés morales et du crime. — Prosper
et Ribot.

2^{me} partie. Hérédité pathologique des ma-
ladies en général et des maladies ner-
veuses et mentales en particulier

Trois espèces d'hérédité

1^o Hérédité directe et simulaire ;
parents, ascendants et collatéraux.

2^o Hérédité transformée des maladies
nerveuses et mentales entre elles :

Baillarger, Moreau de Tours, Prosper

Lucas .

21

2^e Hérité transformée mais accompagnée de signes de dégénérescences allant en s'aggravant et aboutissant à la stérilité et à l'extinction de la race .

Morel, traité des dégénérescences . Point de vue anthropologique .

3^{me} Partie . Influence de ces idées nouvelles sur la Pathologie mentale, en général, considérée comme une simple branche secondaire de l'anthropologie, les maladies mentales des asiles étant considérées comme des formes ~~ép~~terminatives de maladies nerveuses antérieures de l'alcoolisme, de causes dégénératives s'étant exercées d'abord à l'état normal .

Point de vue anthropologique .

4^e Partie . En vertu de ce point de vue nouveau, les maladies mentales doivent

être divisées en deux grandes classes.

1^o Les Folies sympathiques traumatiques individuelles (par cause physique ou morale) ou congénitales, etc.

2^o Les Folies ayant subi l'influence de l'hérédité, portant l'empreinte de l'hérédité morbide qui se subdivisent à leur tour en 2 catégories distinctes, savoir celles qui ont simplement subi cette empreinte (Paralyse générale, Acrolisme, Délire de persécution, Hypochondrie, Hystérie, Epilepsie) et celles qui sont plus spécialement héréditaires = Folies raisonnantes ou Folies d'action, états émotifs et folies intermittentes périodiques.

Seconde partie : Hérédité pathologique de toutes les maladies en général, Cancer, phthisie, etc etc.

Hérédité spéciale du système nerveux.

1^{re} Hérédité similaire. 2^{de} Hérédité transformée (arbre généalogique) directe, atavique, collatérale. Les névroses et maladies mentales alternent et vont ensuite en s'aggravant.

3^{de} Hérédité allant en s'aggravant progressivement jusqu'à la stérilité et l'extinction de la race et se compliquant d'anomalies et de dégénérescences dans les diverses fonctions de l'économie, stigmates physiques et stigmates de l'ordre moral. Développement des idées de Morel pour les maladies nerveuses et mentales en général.

3^{me} Partie. Influence de ces idées générales sur la pathologie mentale = la science spéciale tend à se transformer sous l'influence de ces idées générales.

Point de vue anthropologique. Comme l'a dit Morel, les maladies mentales observées dans nos asiles doivent être considérées comme le dernier terme de la dégénérescence progressive de l'espèce humaine tendant à la formation de races malades aboutissant peu à peu à la stérilité et à l'extinction de la race. La pathologie mentale envisagée à ce point de vue devient une branche secondaire de l'Anthropologie et les maladies mentales doivent être considérées envisagées toutes dans leurs rapports avec les lois de l'hérédité.

4^o Dès à présent, on peut diviser toutes les maladies mentales en deux catégories.

1^o Celles qui semblent naître d'elles-mêmes, être dues à des causes symp-

Athiques, Traumatiques, Congénitales ou
 individuelles, physiques ou morales, et celles
 qui portent le cachet de l'hérédité morbide
 ou l'empreinte de l'hérédité. Les dernières
 doivent être distinguées soigneusement des
 Folies héréditaires proprement dites, telles
 que les Folies raisonnantes, les états émotifs
 et les Folies intermittentes ou périodiques.
 Dans les séances suivantes nous décrirons
 ces Folies plus spécialement héréditaires.
 Aujourd'hui nous énumérerons les formes
 mentales qui subissent l'influence de l'hé-
 rédité. 1.^o Paralyse générale 2.^o alco-
 lisme. 3.^o Délire de persécution. 4.^o Hypo-
 chondrie. 5.^o Epilepsie, 6.^o Hystérie.

La leçon sur l'hérédité doit
 être une leçon générale sur l'influence
 de l'hérédité comme cause productrice

de maladie mentale et comme im-
primant son cachet spécial à un cer-
tain nombre de formes de maladies
mentales. Il faut d'abord parler de
l'hérédité, en général, à l'état physio-
logique, hérédité des qualités et des dé-
fauts des ascendants = hérédité des facultés
spéciales, musique, peinture, cabaret,
etc etc, hérédité du crime et des mau-
vais penchants, des mauvais instincts, l'hé-
rédité des facultés morales et des facultés
intellectuelles etc. Faire à cette occasion la
part de l'hérédité et de l'innéité.
Prosper Lucas et Lathureau de Tours.

Résumé de la leçon de 1884 sur la Folie Héritaire.

J'arrive à la description de la Folie Héritaire.

Cet espèce ou ce genre de Folie, est encore aujourd'hui très contesté, pour des raisons que j'exposerai tout à l'heure et qui ont certainement une assez grande valeur.

Cependant je crois qu'aujourd'hui, depuis les travaux de Morel, il est impossible d'établir les caractères généraux des Folies Héritaires et c'est ce que je vais chercher à faire d'une manière rapide dans cette leçon, car je suis obligé de me borner à des indications générales. L'hérédité des maladies mentales est un fait connu de tout temps et qui a été admis par

tous les auteurs. Personne en effet ne
conteste l'hérédité des maladies mentales.
On peut varier sur le degré et les sta-
tistiques en France, en Allemagne, en
Angleterre et en Amérique, tout très con-
dants sous ce rapport. Et l'on s'explique
très facilement ces divergences, car rien
n'est difficile comme d'établir avec certi-
tude l'hérédité d'une maladie mentale.
Cette cause est souvent née par les fa-
milles et par les malades.

Dans les grands services d'aliénés éga-
lement, il est très difficile d'obtenir
des renseignements exacts, même pour
l'hérédité directe, provenant du père ou
de la mère, à plus forte raison pour
l'hérédité indirecte, collatérale ou trans-
formée. Les familles n'admettent

presque jamais l'hérédité chez les ascendants, ou bien elles l'ignorent ou la méconnaissent ou bien encore ils la ment systématiquement. On comprend donc très bien les dissidences des statistiques à cet égard. Cependant le fait général est admis par tous mais avec des différences très grandes dans le degré et dans l'interprétation des faits particuliers.

Je n'ai pas à parler ici de l'hérédité en général comme cause, ni de l'hérédité physiologique ni de l'hérédité morbide. C'est un sujet trop complexe et qui mériterait une étude spéciale. Je veux seulement m'occuper de l'hérédité des maladies mentales et surtout des caractères spéciaux des Folies héréditaires. Cette hérédité a d'abord été comprise sous sa forme la plus rigoureuse c'est à dire comme hérédité directe de père en fils. On n'ad-

mettait comme maladies héréditaires que
celles qui étaient absolument semblables chez
le père ou la mère et chez les enfants, en
un mot, c'est l'hérédité directe et similiaire
par ex l'Epilepsie des parents produisant
l'Epilepsie chez les enfants.

Peu à peu, on a étendu de plus en plus la
sphère de l'hérédité morbide. On a admis
l'hérédité directe et indirecte. On a remonté
la série des ascendants et l'on a constaté
l'atavisme, comme dans les races animales
et végétales, c'est à dire l'hérédité pro-
venant des aïeux. Puis on a admis l'hé-
rédité collatérale; mais c'était encore là
l'hérédité similiaire, c'est à dire la même
maladie retrouvée chez les derniers membres
d'une même famille. Mais depuis
une 40^{me} d'années environ, on a encore
étendu beaucoup plus la sphère de l'hérédité

81

On a admis l' 'hérité' transformée ou les transformations héréditaires.

Tout le monde sait aujourd' hui que toutes les maladies nerveuses peuvent se transformer par l' 'hérité' en maladies mentales et réciproquement. Il y a parenté étroite entre les grandes névroses, telles que l' hystérie, l' Epilepsie, l' Hypochondrie et les diverses variétés de maladies mentales et il y a parenté également entre ces grandes névroses et les formes plus avancées de la dégénérescence, telles que l' imbecillité et l' idiotisme. Aujourd' hui, il n'est pas possible d' avoir de doutes à cet égard et l' observation de tous les jours démontre les relations étroites qui existent dans une même famille entre ces diverses manifestations des névroses héréditaires.

La question de l' 'hérité' des maladies mentales en était là lorsque Morel

a commencé les travaux. Prosper Lucas dans son grand ouvrage sur l'hérédité physiologique et pathologique et Maudsley dans ses divers travaux sur le même sujet admettaient des transformations héréditaires des névroses en maladies mentales et vice versa. Ils allaient même jusqu'à admettre que toutes les maladies héréditaires étaient seurs et qu'on ne trouvait pas seulement chez les ascendants des aliénés, des épileptiques, des hystériques ou des hypochondriaques, mais des apoplectiques, des cancéreux, des tuberculeux etc. ce qui était évidemment une exagération car on ne pourrait plus se limiter si l'on s'engageait dans cette voie et, pour ne pas se fourvoyer, il ne faut pas sortir de la sphère du système nerveux qui est déjà assez vaste. Mais, sans sortir du système

nerveux, il y a une grande extension qui est inévitable et qui est aujourd'hui admise et qui constitue le vrai progrès accompli par Morel dans son traité des dégénérescences. C'est là le grand progrès et la vraie nouvelle qu'il a ouverte à la science. La grande idée qui sert de base aux travaux de Morel, est celle-ci : l'hérédité nerveuse ne se borne pas à transmettre aux descendants des maladies nerveuses ou mentales qui existaient chez les ascendants, similaires ou transformées, mais elle agit sur la constitution générale des individus eux-mêmes, modifie les races, et en fait des races dégénérées chez lesquelles les maladies vont s'aggravant de plus en plus et aboutissent, en définitive, à la stérilité.

On comprend en effet que l'hérédité, qui agit seule sur le germe lui-même qui

repose sur le fait primitif de la génération, que l'hérédité du système nerveux, en un mot, exerce une action évidente sur la formation même de tout les organes. C'est là ce que les anciens appelaient = Vires formativis. On comprend dès lors que l'hérédité nerveuse puisse produire chez les descendants d'individus atteints dans leur système nerveux, non seulement des maladies nerveuses et mentales, mais des déformations organiques portant sur tous les organes de l'économie. C'est là l'idée mère de tous les travaux de Morel et c'est sur cette idée qu'il a basé toute sa théorie des dégénérescences.

Les maladies nerveuses et mentales ne produisent donc pas seulement chez les descendants, des maladies du même ordre mais agissent sur la formation

même de tous les organes.

Les descendants des individus atteints de maladies nerveuses ou mentales ne présentent donc pas seulement des maladies du système nerveux et du moral, mais ils sont dégénérés au point de vue des autres organes de l'économie, c'est à dire que l'on constate chez eux des modifications organiques permanentes, telles que le bégaiement, le strabisme, le bec de lièvre, et en un mot des déformations de tous les organes et surtout des organes génitaux sur lesquelles j'insisterai tout à l'heure. Telle est la loi générale établie par Morel et chose remarquable, dans le traité si important de Geoffroy St-Hilaire sur les anomalies de l'organisation et sur les difformités; le fait général n'est même pas mentionné comme cause première de toutes les déformations organiques. C'est là l'idée absolument

neuve introduite par Morel dans la science -
en général et dans l'étude de l'hérédité
morbidale et des dégénérescences en particulier.
L'influence de l'hérédité nerveuse sur les
maladies des descendants s'est ainsi étendue
à cette mesure par l'introduction de ce nou-
veau principe général. C'est ainsi que
Morel a compris les dégénérescences et a ap-
pliqué cette théorie à la génération de toutes
les maladies nerveuses et mentales. Il a
admis que la névropathie générale, l'é-
tat nerveux était le vrai point de départ
de toutes les autres maladies nerveuses
et mentales qui s'aggravaient successi-
vement de dégénération en génération et
aboutissaient au bout d'un certain temps
à la stérilité de la race et à la sup-
pression de la famille elle-même. Il
a donc établi cette loi générale que les-

familles commencent par la neuropathie, arrivent ensuite à des maladies nerveuses très diverses, puis à des formes névrosiques, à l'imbécillité et à l'idiotisme, et enfin à la stérilité et à l'extinction de la race. Telle est la loi générale appliquée par Morel à toutes les dégénérescences et qui comprend naturellement dans ce vaste ensemble, la Folie héréditaire comme forme particulière de dégénérescence.

Je ne puis donc pas insister plus longuement aujourd'hui sur ces généralités relatives à l'hérédité. Mon but est d'arriver à préciser et à décrire les caractères spéciaux de la folie héréditaire. Et d'abord, existe-t-il réellement une folie héréditaire? Voilà le premier point à examiner.

Beaucoup d'auteurs jusqu'à notre

époque ont mis absolument la Folie héréditaire. Pinel admettait jusqu'à un certain point que les aliénés héréditaires avaient des signes particuliers. Il y a même dans son livre un chapitre très court mais très catégorique sur les folies primitives. Il en est de même d'Esquirol qui, dans plusieurs passages de ses ouvrages et dans l'un surtout, cité par Morel, a tracé de main de maître quelques traits caractéristiques des Folies héréditaires. Mais, malgré ces passages isolés, Pinel et Esquirol ainsi que leurs élèves n'admettaient l'hérédité que comme une des causes générales de la Folie et qu'ils n'admettaient pas qu'il existât une Folie spéciale en rapport avec cette cause et méritant de porter le nom de folie héréditaire.

89

C'est Morel qui, le premier, a introduit
cette idée et ce mot dans la science et
qui a cherché à démontrer l'existence
de cette forme spéciale de l'existence de
cette forme spéciale de la Folie. Tous ces
ouvrages, mémoires ou articles de journaux
contiennent sur ce sujet des faits très inté-
ressants et qui méritent d'attirer l'atten-
tion. Seulement les idées sont ordinai-
rement exprimées sous une forme trop va-
gue, trop générale et souvent un peu
obscur, de sorte qu'elles manquent de
précision et n'ont pas produit tout l'ef-
fet qu'elles auraient dû produire si elles
les avait exposées plus méthodiquement
et plus complètement, ces idées nouvelles
qu'il a réellement découvertes et propa-
gées le premier.

Il importe donc de chercher à préciser
davantage les idées de Morel et c'est à

que je vais chercher à faire aujourd'hui
après M. Legrand du Saulle qui a pu-
blié en 1873, sur les Folies héréditaires
un mémoire très intéressant dans lequel
la plupart des idées de Morel ont été très
bien résumées. Tout récemment encore,
un jeune médecin, le Docteur Lauray,
élève de M. Magnan a fait sur ce
sujet un mémoire qui a été couronné
par la Société médico-psychologique,
mémoire encore incomplet et trop court
mais qui contient un résumé exact
et assez complet de la plupart des Car-
rières des Folies héréditaires.

La 1^{re} question est de savoir comment
on peut établir l'existence réelle d'une
folie héréditaire? Il est certain que la
plupart des folies sont liées à l'hérédité.

L' 'hérité' est donc une cause générale qui agit sur toutes les formes de la Folie. La Folie épileptique, la folie hypérérique, le délire de persécution, en un mot toutes les formes de maladies mentales que nous avons étudiées sont très souvent héréditaires. Il faut donc faire une part très large à l' 'hérité' dans l' étiologie de toutes les formes de maladies mentales.

Mais ces formes de maladies mentales ont des caractères particuliers; elles sont susceptibles de description et elles ont un ensemble de caractère qui permettent de les distinguer et de les séparer des autres variétés de la folie. On ne peut donc pas leur donner le nom spécial de Folies héréditaires. C'est après avoir

ainsi défalque successivement toutes les formes chroniques de la folie qui sont dues souvent elles-mêmes à l'hérédité que l'on arrive enfin par une élimination successive à une dernière forme qui ne peut se caractériser que par cette étiologie spéciale, que par ces caractères spéciaux dus à l'hérédité et aux maladies des ascendants.

C'est ainsi que, par élimination, on arrive à établir une folie héréditaire distincte des autres variétés de la folie. Or, par ce procédé, on arrive ainsi à un résultat qui paraît extraordinaire à première vue mais que l'observation confirme parfaitement, à savoir que les folies héréditaires ainsi établies par voie d'élimination, sont presque identiques aux folies raisonnantes, aux

manies sans dévier aux Folies morales et
aux Folies des actes, admises depuis plu-
sieurs années par beaucoup d'auteurs
qui ont écrit sur les maladies mentales
depuis la fin du siècle dernier.

Cette catégorie établie par Pinel au com-
mencement de ce siècle, a été souvent
contestée par ses successeurs et elle mé-
ritait de l'être parce que les faits qui
on a fort réunis sous ce nom géné-
rique appartenaient en réalité aux ca-
tegories les plus différentes de maladies
mentales. Mais après avoir retranché
successivement tous les faits réunis à tort
sous ce même nom générique, après et
après les avoir répartis dans les formes
naturelles auxquelles ils appartenaient réel-
lement (ce que j'ai fait dans mon discours
sur la Folie raisonnée), on arrive à
constituer néanmoins une forme spéciale
susceptible d'une description particulière

et qui mérite d'être conservée jusqu'à
nouvel ordre après avoir été nettement dé-
limitée. Or, après avoir ainsi constitué ces
formes distinctes symptomatiquement, on
arrive à découvrir que cette folie raisonna-
n'est pas autre chose que la folie héré-
ditaire de Morel. C'est ainsi que l'on
arrive par deux voies différentes à la
même conclusion, à savoir qu'après
avoir décrit et séparé de toutes les form-
naturelles de maladies mentales par
des caractères spéciaux il reste une sorte
de caput mortuum, une catégorie spé-
ciale d'aliénés qui ne peut être délimi-
tée et déterminée qu'en la rattachant
à l'Étiologie spéciale de l'hérédité.

Or, cette catégorie spéciale est surtout
caractérisée symptomatiquement par
le délire du caractère, le délire des

Sentiments moraux, par le délire des actes et n'est pas autre chose, en définitive, que la manie sans délire de Pinel, la Folie morale de Fritchard et la Folie raisonnée d'Esquirol et de ses élèves.

On est arrivé par deux voies différentes au même résultat. Pinel et Esquirol et leurs successeurs y sont arrivés par la voie symptomatique et Morel avec d'autres auteurs après lui, par la voie étiologique, mais en somme le résultat définitif est le même et dans l'état actuel de la Science on doit admettre, jusqu'à nouvel ordre, que les aliénés atteints de Folies raisonnantes ou de délire des actes ne sont que des aliénés héréditaires, et l'on doit confondre aujourd'hui ces deux ordres de faits dans une même description sous le nom générique de Folies héréditaires. C'est ainsi que, selon nous, l'on

L'on doit comprendre la Folie héréditaire
créée par Morel. On doit la limiter
à la Folie des actes à la Folie basée
sur les altérations du caractère plus
que sur les altérations de l'intelligence
Nous allons donc commencer par faire
cette description rapide et nous arriverons
ensuite à des considérations générales
sur les Folies héréditaires. Pour faire
clairement cette description, il faut la
diviser en 3 chapitres. Signes phy-
siques, signes tirés de l'ordre intellec-
tuel, et signes tirés de l'ordre affec-
tif et moral.

Signes physiques: Pour décrire les
signes physiques de la Folie héréditaire
il n'y a, en quelque sorte, qu'à suivre
pas à pas les travaux de Morel. Ils
sont dispersés dans ses différents travaux
mais il nettement décrit les divers

signes ~~soient~~ permanents des Folies héréditaires. Les ^{1^{ers}} signes portent sur le crâne et la face.

Le crâne des héréditaires est presque toujours déformé dans un sens ou dans un autre. Il y aurait à cet égard des études plus complètes à faire et qui n'ont été que commencées par Morel.

Le crâne est souvent asymétrique, une des portions de la tête est plus développée que l'autre. Le crâne est souvent déformé, soit en avant, soit en arrière. Dans certains cas le front est fuyant, très bas, la tête très allongée d'avant en arrière; dans d'autres cas au contraire, il y a une diminution de substance de toute la partie postérieure, il semblerait alors que la partie postérieure a été retranchée comme par un coup de hache qui aurait enlevé la partie occipitale du crâne et les parties postérieures du cerveau. C'est un signe

sur lequel le docteur Campagne, d'Alais,
a insisté avec raison dans son traité de
la Folie raisonnante. Sur 13 observations
groupées par lui, il y en a 11 qui pré-
sentent cette déformation, et dans lesquelles
le crâne est comme pincé de sa partie
postérieure tandis que la partie antérieure
est bien développée.

Il ne faut pas confondre ces vices de
conformation congénitales du crâne cer-
taines déformations qui sont accidentelles
telles que celles qui existent souvent en
Normandie et qui sont le résultat de
la compression du crâne par un bou-
relet dans le jeune âge peu de temps
après la naissance.

Je ne puis ici qu'indiquer rapidement
les principaux signes physiques n'ay-
ant pas le temps d'insister sur chacun
d'eux. A l'asymétrie du crâne

correspond souvent celle de la face. La plupart des individus prédisposés par l'hérédité accumulée dans leur famille présentent une face asymétrique, un côté de la face plus développé que l'autre. Lasèque qui a beaucoup insisté sur ce fait à propos de l'épilepsie a fait observer qu'une asymétrie analogue, quoique non identique existait également chez certains aliénés et dans les dernières années de la vie il voulait faire un travail sur ces déformations auxquelles il avait donné le nom pittoresque de strabisme de la face voulant indiquer par là non seulement les déformations du squelette mais même les déformations des masses musculaires de la face. En effet, chez beaucoup d'héréditaires il y a non seulement de l'asymétrie des deux portions de la face mais des phénomènes variés musculaires ou nerveux des phénomènes nerveux qui se produisent

tantôt dans une partie de la face, tantôt dans l'autre. L'asigne
c'est là en effet un signe très fréquent
des folies héréditaires. La plupart de
malades ont des tics nerveux dans les
yeux, dans les paupières, dans les di-
vers muscles ou dans le cou. Il est
bon de noter en effet que les tics ner-
veux sont la plupart du temps ^{très souvent} liés à
des maladies nerveuses ou mentales. Il
en est de même du strobisme qui est
très fréquent chez les descendants d'a-
liénés, chez les aliénés héréditaires. Le
bégaiement lui-même doit être sou-
vent rattaché à l'hérédité nerveuse.

Il en est de même de certaines déviations
de la face, de certaines contractures par-
tielles, de certains tics. Ainsi, rien
qu'en se bornant au crâne et à la face
voilà déjà plusieurs signes physiques

importants et permanents, qui se rencontrent chez les aliénés héréditaires et qui n'existent pas chez les autres aliénés. Un autre signe sur lequel Mout a beaucoup insisté, après M. Foville père, c'est la déformation des oreilles. On l'a accusé d'avoir exagéré la valeur de ce signe, mais il a réellement une véritable importance. Au lieu d'être fermées régulièrement les oreilles des héréditaires présentent en effet des déformations variées. Tantôt elles sont complètement aplaties, sans saillies, l'oreille est alors comme une feuille de papier ou de parchemin, dans d'autres cas, le lobule est comme supprimé, n'existe pas ou bien n'est pas suffisamment détaché. Dans d'autres cas enfin l'oreille est très petite et rattachée sur elle-même, ou bien les deux oreilles ne sont pas semblables, elles sont asymétriques. En un mot

les déformations des oreilles sont très fré-
quentes chez les malades prédisposés
par l'hérédité aux maladies nerveuses
et mentales. On objectera qu'il y a beau-
coup de hommes distingués et même su-
périeurs qui présentent ces déformations
des oreilles. On peut même dire sans
blesser personne qu'il y a souvent dans
les académies et l'institut des hommes
très remarquables, supérieurs, qui prése-
ntent ces déformations des oreilles. Mais
ceci ne prouve rien contre la théorie gé-
nérale. Cela rentrerait plutôt dans la
théorie de M. Moreau de Tours qui
admettait que le génie n'était qu'une
forme de névrose ou une forme de l'hé-
rédité nerveuse. Ce n'est pas ici le
lieu de traiter cette question générale
mais je signale le fait en passant.
Il est remarquable en effet que

que dans les familles d'héréditaires, il existe quelquefois des individus isolés qui présentent des facultés supérieures qui font des découvertes qui sont en un mot des hommes éminents, des hommes supérieurs, mais ne sont souvent que des intelligences partielles, limitées à certaines catégories ou d'aptitudes.

Ce qui est certain, c'est que les déformations des oreilles sont un signe physique qui souvent peut mettre sur la voie de la découverte de l'hérédité nerveuse dans une famille.

Continuant l'énumération des signes physiques à signaler dans les folies héréditaires, je dois mentionner les contractures ou les convulsions partielles des muscles du cou. Il y a alors inclinaison permanente de la tête, soit à droite, soit à gauche. Il y a donc

chez les héréditaires des signes physi-
ques qui correspondent aux altérations
mentales et que l'on peut découvrir dans
tous les organes de l'économie.

Morel est ainsi arrivé à relier certaines
affections comme l'angine de poitrine,
certaines maladies du cœur ou des organes
thoraciques à l'hérédité nerveuse patho-
logique.

Mais c'est surtout sur les organes gé-
mitaux que doit porter l'observation.

Il y aurait à cet égard une monogra-
phie ou tout un traité à faire extrême-
ment intéressant, non seulement sur
les déformations organiques tangibles et
visibles, des organes génitaux qui sont
fréquents chez l'homme et chez la femme
(déformations de toutes natures, anom-
lies de l'organisation, hermaphrodisme,
altération des sexes etc etc) Je n'entre

pas à cet égard dans les détails) non seulement sur les monorchidies, cryptorchidies et toutes les altérations et anomalies spéciales des organes génitaux chez l'homme et chez la femme mais surtout sur les altérations fonctionnelles des organes génitaux, sur les perversions génitales qui sont un signe essentiel et caractéristique des Folies héréditaires. En effet, la plupart des individus prédisposés à la Folie héréditaire ou déjà atteints de cette maladie, présentent des perversions génitales. Ce sujet n'a pas encore été bien étudié. On a étudié au point de vue des lésions des organes génitaux, au point de vue local, mais non au point de vue général. Or la plupart des individus qui sont atteints d'impuissance qui présentent des perversions génitales et, par là, l'inversion des sexes sur laquelle les

Allemands et, en particulier, Westphal et Berlin, ont appelé récemment l'attention (C'est à dire l'attraction pour le sexe semblable au sien, au lieu du sexe contraire, tout des héréditaires. L'onanisme lui-même, poussé à l'extrême comme cela existe chez certains individus prédisposés est un signe d'hérédité morbide. C'est là un sujet des plus intéressants qui mérite d'attirer l'attention de tous les observateurs.

Indépendamment des altérations génitales il y a encore d'autres lésions permanentes qui sont souvent des signes d'hérédité nerveuse. Nous citerons par ex., le bec de lièvre, les hernies, les pieds bots etc, sur lesquels Morel a attiré l'attention. Toutes ces anomalies de l'organisation étudiées par les observateurs

par les naturalistes et les chirurgiens
comme des déformations spéciales liées à
des causes occasionnelles ou accidentelles
devaient être attribuées en réalité à l'hé-
rédité morbide de nature morbide ver-
neuse, ce que Morel a établi d'une ma-
nière évidente dans tous ses travaux.

Signes de l'ordre intellectuel. Au
point de vue intellectuel, le fait capi-
tal, c'est que les Folies héréditaires pré-
sentent ordinairement beaucoup moins
de troubles intellectuels, le fait capital
que les autres variétés de la folie.
Elles sont surtout caractérisées par
des altérations des sentiments et des
actes bien plus que par des troubles
de l'intelligence. Elles sont lucides,
comme l'a très bien dit M. Grelat
père. Ce sont des folies dans lesquelles
l'intelligence conserve toute son acti-
vité et même une activité supérieure

sous certains rapports. La plupart des hé-
réditaires ont, en effet, des facultés im-
menses mais isolées et partielles. Ils
sont par exemple très bien doués sous
le rapport de la musique, du calcul
de la mécanique, des mémoires spéciales
etc etc. Il y a des héréditaires qui
ont une mémoire extraordinaire, une
mémoire sur certains points, par Ex.
sur les dates, les mots, les événements
historiques etc etc. Ce sont là des facul-
tés spéciales qui se développent ordinairement
dès l'enfance et qui sont même
souvent très développées chez les enfants.
Ex. le jeune Mondrea qui a été
présenté à l'institut il y a une 15^e
d'années comme un être exceptionnel
au point de vue du calcul. On

C'était un épileptique et un héréditaire et
 chez lui (chose remarquable qui arrive sou-
 vent dans ces cas) cette faculté spéciale,
 éminente, hors ligne, s'est éteinte peu à
 peu à l'âge de la puberté; il est tombé dans
 l'idiotisme et cessé de posséder cette faculté
 qu'il avait à un si haut degré dans son
 jeune âge. Ce sont là des faits qui se
 produisent assez fréquemment pour ces fa-
 cultés spéciales. Mais d'autres hérédi-
 taires les conservent pendant toute leur
 vie, et c'est ainsi que l'on voit des
 musiciens, des mathématiciens, des
 hommes éminents, au point de vue de
 certaines facultés spéciales, être du reste,
 sous beaucoup d'autres rapports, des
 hommes relativement faibles d'intelli-
 gence et présentant en même temps
 des perversions morales, des excentri-
 cités, des bizarreries de caractère qui

attirent l'attention de tous, malgré l'éminence de leurs facultés spéciales. C'est là un caractère essentiel des prédispositions héréditaires, qui se manifeste dès le jeune âge et peut se perpétuer pendant toute la vie. Mais ces anomalies intellectuelles ne sont pas les seuls troubles intellectuels que l'on observe chez les aliénés héréditaires.

Il y a souvent dans l'intelligence des troubles spéciaux qui méritent d'attirer l'attention qui, dans certains cas, sont encore à un degré physiologique, mais qui peuvent arriver au point de caractériser une véritable maladie mentale. Au degré, en quelque sorte, physiologique nous avons d'abord les inventeurs; c'est là une variété spéciale d'héréditaires. Les membres de l'institut, chargés d'arriver

les commissions d'examiner les personnes qui se présentent pour se faire récompenser pour des découvertes nouvelles, connaissent très bien ces types d'individus spéciaux au point de vue de leurs prétentions aux inventions. Plusieurs fois j'ai entendu Claude Bernard donner à Morel des détails très intéressants sur le caractère bizarre, capricieux et extraordinaire de la plupart de ces inventeurs qui viennent demander des prix ou des récompenses aux commissions de l'Institut. Claude Bernard avait, sur ce sujet, des séries d'anecdotes qui ont fourni à Morel des documents intéressants pour l'étude de ces inventeurs appartenant à des familles d'héréditaires. Ce sont, en général, de faux inventeurs, mais souvent cependant ils découvrent des choses très intéressantes et très utiles; mais

Leurs découvertes sont partielles, incomplètes, insuffisantes, mal coordonnées, et le plus souvent ils ne sont pas capables d'amener ces découvertes à bonne fin, à un résultat pratique. Ils ont besoin d'être aidés par d'autres intelligences pour pouvoir compléter ces découvertes partielles qu'ils ont trouvées comme instructions. Il y a donc toute une catégorie d'inventeurs qui mériteraient d'être étudiés spécialement et qui appartiennent souvent à la grande famille des héréditaires.

Il y a donc toute une catégorie d'inventeurs qui mériteraient d'être étudiés spécialement et qui appartiennent souvent à la grande famille des héréditaires. En effet, beaucoup d'hypochondriaques appartiennent à la grande classe des héréditaires; mais la plupart de ces hypochondriaques, sont

d'une nature spéciale et mériteraient d'être étudiées séparément. L'hypochondrie des héréditaires est, en effet, très spéciale. Elle porte sur des faits tout à fait absurdes au lieu de porter, comme les hypochondries ordinaires, sur les maladies connues du poulmon, du cœur, du foie etc, sur la syphilis etc; les hypochondriaques héréditaires, au contraire, vous disent que leur sang est figé, que leur sperme est passé dans leur sang etc etc. En un mot, ils ont des idées étranges, absolument absurdes, qui ne supportent pas l'examen et qu'ils racontent sans être révoltés par leur absurdité etc. D'autres malades présentent dans le degré de leur intelligence et dans le degré de leur trouble intellectuel, selon les moments où on les observe. Ils ont des périodes d'excitation et

et de dépression, des périodes pendant
lesquelles leur intelligence est surexci-
tée, comme dans la forme circulaire et
dans d'autres périodes, au contraire, leur
intelligence est ralentie dans son mouve-
ment, ce qui les fait ressembler sous ce
rapport à de véritables circulaires. Aussi
nous soutenait-il l'opinion que la forme
circulaire des maladies mentales n'exis-
tait pas comme forme spéciale et que
la circularité n'était qu'un caractère
fréquent des folies héréditaires. Il avait
raison au point de vue de ces formes
mal caractérisées de dépression et d'exci-
tation, modérée et sans régularité,
mais il avait tort au point de vue
des cas nets et bien caractérisés de
folie circulaire qui représentent bien

une variété spéciale et bien distincte de maladie mentale. Enfin, d'autres maladies appartenant également à la Folie héréditaire sont encore plus troubles au point de vue intellectuel. Ceux-là ont franchi complètement la limite de l'état physiologique de la simple prédisposition pour entrer en plein sur le terrain de la maladie.

Les malades héréditaires ont des idées délirantes vraiment spéciales. Ils ont des idées absurdes qui surgissent inopinément. Elles naissent on ne sait comment, sortent comme d'une boîte à surprise et une fois installées brusquement dans l'esprit des malades, y restent pendant longtemps avec une fixité et une opiniâtreté désespérante. Il y a dans le mode de production des idées fausses chez les héréditaires, un caractère spécial sur lequel

on n'a pas assez insisté et qui mérite
d'être signalé comme l'a déjà fait
Magnan. Or, chose remarquable, ces ma-
lades qui s'éprennent tout-à-coup d'une
idée fausse, d'une idée fixe, qui la croient
avec une conviction ardente et profonde
pendant longtemps, ces malades, malgré
cette fixité prolongée peuvent changer tout-
à-coup d'idées. Un beau jour, l'idée di-
sparait aussi vite qu'elle était venue.
Après plusieurs mois et même plusieurs
années de durée, cette idée fixe absurde
disparaît souvent tout-à-coup pour
faire place à une autre qui acquiert,
à partir de ce moment, le même degré
de fixité. C'est là un caractère impor-
tant des folies héréditaires sur lequel
il importe d'appeler l'attention, comme

117

C'a déjà fait M. Magnan, et son élève, le Docteur Lauré.

D'autres malades héréditaires arrivent aussi au délire de persécution et d'orgueil, mais ces délirs ne se présentent pas chez eux avec les mêmes caractères que chez les malades dont je vous ai parlé dans la séance précédente ; Le délire, au lieu d'être systématisé, coordonné et de parcourir les diverses périodes que je vous ai signalées dans le délire de persécution essentiel, consiste dans des idées fixes de persécution ou d'orgueil, qui restent au même degré, sans modification depuis le moment de leur apparition et qui sont comme isolées au milieu d'une intelligence restée presque saine dans son ensemble. Ces états mériteraient une description spéciale que je n'ai pas le

temps de faire aujourd'hui, mais je
tenais à vous les signaler en passant
et à vous montrer ainsi que, soit dans
l'état de simple prédisposition, soit
dans l'état de folie héréditaire confirmée,
l'intelligence elle-même quoique mor-
ellement atteinte, * que dans les autres formes de
la Folie, ne reste pas indemne, et que
même dans les folies dites lucides ou
raisonnantes, il y a des troubles gé-
néraux de l'intelligence des idées fausses
des conceptions délirantes et que par
conséquent le trouble de l'intelligence
existe dans toutes les variétés de la
Folie aussi bien dans les folies héré-
ditaires ou raisonnantes que les autres
formes de la Folie ordinaire.

Signes tirés de l'ordre moral.

Les signes sont les principaux des folies

héréditaires. Tous ces malades ont en
 effet des perturbations quelconques des
 affections, des sentiments et des penchants.
 Ce sont de mauvais caractères, des hommes
 égoïstes et orgueilleux, comme l'a dit avec
 raison M^r Campagne dans son livre.
 Mais comme on ne doit pas se borner à
 ces phrases générales à ces mots vagues
 qui s'appliquent aussi bien aux caractères
 de l'état normal qu'à des
 caractères pathologiques pour décrire les
 troubles des sentiments chez les héré-
 ditaires; il faut aller plus loin; il
 faut rester dans le domaine clinique
 et ne pas se borner à faire des descrip-
 tions psychologiques.

C'est le tort qu'a eu le docteur Campagne
 dans son traité, du reste très intéressant

des *Polies* raisonnantes. Il faut étu-
dier plus profondément le trouble des
sentiments et des affections. Chez les
aliénés héréditaires. Et bien, ces aliénés
sont surtout remarquables par l'absence
complète du sens moral, par le cynisme
par l'orgueil, par l'égoïsme poussés à
l'extrême et toute la vie, toutes leurs
actions, tous leurs gestes, leurs attitudes,
leur manière d'être, dans leurs actes
en un mot, se ressentent de cette la-
cune fondamentale dans leur nature
morale. Il y a là un véritable vice
de nature, une lacune morale complète
et tandis que, sous le rapport de
l'intelligence, ils sont généralement
bien doués sous le rapport des senti-
ments des affections et du moral

ils sont, au contraire, presque complètement nuls. Ils ont, sous ce rapport, de profondes lacunes, qui touchent presque aux limites de l'idiotisme et de l'imbécillité; car, pour le dire en passant, la folie lucide, la folie raisonnante ou la folie héréditaire, qui paraissent à première vue, les plus voisines de l'état de raison sont, en réalité, au point de vue clinique les plus voisines de l'imbécillité ou de l'idiotisme. C'est en cela que Morel a eu parfaitement raison de rattacher ces formes raisonnantes, aux dégénérescences c'est à dire aux formes de débilité mentale, d'imbécillité et d'idiotisme au lieu de les placer au sommet de l'échelle de la Folie, comme le faisaient Pinel, Esquirol et leurs

élèves. En réalité ces formes raisonnantes et héréditaires doivent être placées au bas de l'échelle de la Folie et non au sommet, à côté des débilités mentales des Folies par absences de facultés au lieu d'être rapprochées de l'état de raison ou du génie comme a cru devoir le faire jusqu'à présent bien à tort. Il faudrait beaucoup de détails et citer des observations particulières pour faire bien comprendre, par l'observation clinique, les troubles des affections, des sentiments moraux dans la folie héréditaire. Il faudrait décrire toute la vie de ces malades et c'est ce que je vais chercher à faire tout à l'heure en vous parlant de la marche de cette forme de la Folie

Actuellement, je ne puis insister que sur les actes comme indiquant les perturbations des sentiments et des penchants dont ils sont la manifestation la plus frappante. Les actes des héréditaires peuvent être divisés en deux catégories, les actes bizarres, excentriques, désordonnés, ridicules, grotesques, et les actes dangereux et criminels, susceptibles de conduire ces malades devant les tribunaux.

Les actes grotesques, ridicules, bizarres sont innombrables. Il y aurait à faire, sous ce rapport, une description d'ensemble que Morel a commencée en publiant des observations particulières très intéressantes sur ces actes bizarres des héréditaires.

Grélat père, dans son livre sur la Folie lucide a collectionné un certain nombre de faits curieux sous ce rapport. Ainsi il rapporte l'histoire d'une femme qui passait sa vie à collectionner des petits papiers dans lesquels elle enfermait

Tous les produits excrémentiels. Il y a une série d'actes curieux que l'on a réunis sous le nom de maladie du toucher. Les malades présentent toute une série d'actes ridicules que je vous décrirai à propos de la folie avec conscience.

Les actes excentriques, grotesques, sont un des signes importants de la Folie héréditaire. Mais à côté de ces actes inoffensifs et simplement ridicules, il y a les actes dangereux, les actes imprudiques, les actes obscènes, les actes de vol, d'incendie ou de meurtre. Les héréditaires sont souvent conduits devant les tribunaux pour des actes de ce genre. Chose remarquable, ces actes se produisent ordinairement dans des conditions identiques. Ils sont presque tous sans motifs. Au lieu d'être provoqués par des conceptions délirantes, comme chez les persécutés et les alcooliques.

au lieu d'être produits au milieu d'un trouble général des idées comme chez les épileptiques, ces actes sont commis avec conscience, avec souvenir, avec précision et quelquefois, avec préméditation, mais ils sont commis en vertu d'une impulsion ou d'un instinct, d'une impulsion au meurtre, à l'incendie, au vol, etc. Ce sont ces actes que l'on a décrits autrefois sous le nom de monomanie instinctive du meurtre à l'incendie ou au vol. Les *Thriptomanes*, les monomanes incendiaires et les monomanes homicides, sont en réalité des hétéridaires qui sont poussés à des actes violents, par périodes, par accès, mais par une impulsion instinctive, irrésistible et instantanée non motivée. Aussi quand une fois l'acte est accompli, il y a chez eux comme une détente dans leur état général. Ils se livrent d'eux-mêmes

à la justice; ils ne savent pas, ils ne cher-
chent pas à se justifier; ils ne cherchent
ni raison ni prétexte pour expliquer leur
acte. Ils déclarent qu'ils y ont été pou-
ssés par une force supérieure à leur volonté.
Il y a là un caractère général des ac-
tes criminels accomplis par les héréditaires
qui mérite d'être signalé.

Je voudrais avoir le temps d'entrer
dans les détails qui seraient nécessaires
pour bien caractériser les troubles des sen-
timents et des penchants et la nature
des actes chez les héréditaires. La Folie
héréditaire est donc caractérisée par 3
ordres de signes: Signes physiques, de
l'ordre intellectuel et de l'ordre moral.
Seulement, la grande difficulté dans ce
cas consiste à découvrir des caractères
pour bien distinguer la simple prédis-
position de la Folie confirmée. C'est

là le point vraiment délicat pour le
 diagnostic et qui aurait besoin d'une
 étude plus complète et plus attentive.
 Beaucoup d'héréditaires, en effet, passent
 leur vie dans l'état de simple prédisposi-
 tion; ils sont des excentriques, des origi-
 naux, des gens bizarres; ils ne sont pas
 encore des aliénés. Pour en faire des alié-
 nés, il faut des caractères plus détermi-
 nés, plus précis, plus certains. C'est là
 un point qui mériterait d'être mieux
 étudié cliniquement d'une manière plus
 précise qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour.
 Ce qui caractérise surtout la Folie hé-
 réditaire, c'est le désordre des actes, l'al-
 tération des penchants d'abord et, plus
 tard seulement, les conceptions délirantes.
 Quand ces malades arrivent à avoir
 des conceptions délirantes, des conceptions
 hypochondriaques, des idées de persécu-
 tion, de grandeur. L'existence de la

Folie est alors incontestable pour tous, mais il n'en est pas de même dans la plupart des cas, ou il n'y que le délire des actes et le trouble prédominant des facultés morales. C'est là l'un des points les plus difficiles du diagnostic de la Folie. Mais pour ce diagnostic il faut se baser, comme je l'ai toujours dit sur l'ensemble des symptômes réunis chez un même individu et sur la marche générale de la maladie. Or, c'est la marche de la folie héréditaire qui va nous occuper actuellement et qui est le véritable criterium pour distinguer la raison de la Folie.

Marche de la Folie héréditaire. Cette marche est très curieuse à observer. Elle commence, en général, dès l'enfance. Les enfants nés de parents ayant eu des né-

roses ou des maladies mentales dans des familles où l'hérédité est accumulée depuis longtemps des maladies nerveuses et mentales a été accumulée pendant plusieurs générations, présentent, en général, dès leur bas âge, des dispositions spéciales.

Ils ne peuvent pas vivre en commun.

On les met dans des pensions, dans des lycées; on cherche à les élever dans la famille et l'on ne peut arriver à rien obtenir d'eux. Ils sont indisciplinés, renâches, colères, difficiles à vivre, incéguers d'un moment à l'autre, incirci-
bles, ingouvernables. Les professeurs comme les parents échouent presque toujours dans la direction à leur imprimier. On les change de pension, on ne peut arriver à rien. Ils sont variables, bizarres, différents, de tous les enfants de leur âge; ils s'isolent, ils sont frustes, sauvages, inconstants, colères, violents, or-

Muilloux, vagabonds, ne pouvant tenir
en place, en un mot vicieux. Ils
ont souvent des instincts de cruauté
et de ferocité pour les animaux. En
un mot, ils ont, dès leur jeune âge,
des dispositions mentales et morales
tout à fait particulières. Mais c'est sur-
tout au moment où approche l'époque
de la puberté que l'on commence à cons-
tater chez eux des phénomènes vraiment
pathologiques. Ces phénomènes se mani-
festent dans l'ordre nerveux et dans
l'ordre mental. Ils éprouvent des symp-
tômes choréiformes, des convulsions partielles
ou générales du délire pour le plus simple
prétexte. Ils ont du délire à propos d'un
couage, d'une simple fièvre éphémère
et ils éprouvent souvent des délirs très
intenses et très continus. Ils ont alors
des accidents cérébraux variés bizarres

singuliers, qui déroutent le diagnostic et qui déroutent le diagnostic et le pronostic des médecins. C'est là un fait sur lequel Morel a insisté avec beaucoup de raison. Les malades qui semblent légèrement atteints peuvent mourir subitement d'autres au contraire, paraissent très gravement atteints, on annonce leur mort et ils guérissent, reviennent à l'état normal au bout de très peu de temps. Il y a chez eux des maladies à surprises qui défient toutes les prévisions des médecins les plus exercés. C'est là un des caractères les plus remarquables de ces folies de la Puberté. de ces folies du jeune âge qui accompagnent communément quelquefois à douze treize ou quatorze ans, même avant le développement physique de la puberté. C'est là un fait très important

à noter dans la marche des Folies héréditaires ont eu des accidents nerveux ou cérébraux très bizarres et des accès de délire, avant ou pendant le développement de la puberté très souvent aussi, ils ont à cette époque des méningites ou des accidents cérébraux graves qui les emportent, d'autres, au contraire, traversent cette période très difficile de l'enfance et de la puberté et vers 15, 17 ou 18 ans, les jeunes filles, comme les jeunes gens, subissent alors dans leur état une transformation radicale sur laquelle il importe d'attirer l'attention. Elle se produit alors, dans le chemin de leur vie comme une bifurcation et ils peuvent alors suivre deux voies différentes; les uns marchent vers la démence précoce, vers l'imbécillité et

L'idiotisme ; les autres, au contraire, vers le délire des actes, vers la folie raisonnée, vers la folie héréditaire. Les uns, comme certaines jeunes filles hystériques, arrivent rapidement à la démence précoce, à l'imbécillité ou à l'idiotisme. Nous avons, dans tous les asiles d'aliénés, un grand nombre d'individus de cette catégorie, qui ont eu un délire maniaque, un délire excité à l'époque de la puberté avec des phénomènes nerveux, hystérisiformes ou choréiformes et qui, au bout de peu de temps arrivent à la débilité intellectuelle et à la démence précoce le plus souvent accompagnée de salivation et de malpropreté. Les malades quoique très jeunes, restent incurables et passent ensuite toute leur vie dans cet état de démence

et de stupidité. D'autres, au contraire, marchent vers la folie raisonnante ou héréditaire. Ce sont ceux-là qui sont au jourd'hui l'objet de notre étude. Ces malades, ont alors une activité désordonnée. Ils ont besoin de changer de position, de profession. Ils ne peuvent se soumettre à aucune règle; ils s'engagent dans la marine ou dans l'armée et se font traduire devant les conseils de guerre, où ils se font condamner, ou ils sont graciés après avoir été condamnés. En un mot, ils échappent d'une manière ou d'une autre aux lois de la discipline. Ils échappent à l'armée, à la marine, entrent dans un couvent, font des voyages, font les tours du monde, se livrent aux actes les plus excentriques, passent

par les professions les plus diverses. On a vu des malades de ce genre à l'âge de 29 ou 38 ans, avoir déjà fait huit ou 10 professions différentes. Ils changent à chaque instant de situation, ils se font passer pour des modèles de vertu et, dans d'autres moments, ils s'abandonnent à tous les excès, ils passent ainsi par les situations morales et sociales les plus diverses. Quelquefois enfin ils se marient et alors au bout de peu de temps, ils abandonnent leur femme pour aller vivre avec d'autres en un mot ils ont l'existence la plus singulière, la plus vagabonde et la plus inexplicable.

C'est là le caractère principal des aliénés héréditaires.

Mais à ces caractères tirés de la marche

il faut ajouter des caractères physiques -
et principalement les perversions génitales
dont je vous ai parlé tout à l'heure,
et qui existent chez presque tous, sinon
chez tous ces malades. Mais indépendan-
ment de ces perversions génitales, si im-
portantes à connaître, il y a de temps
en temps chez ces malades, pendant
le cours de la vie, des accidents cérébraux
nerveux, convulsifs ou délirants qui sont
un caractère physique très important de
ces folies héréditaires et un fait capital
à signaler dans la marche de leur ma-
ladie. Chez ces individus qui passent
souvent pour de simples excentriques,
il se produit souvent des accès subits
de troubles cérébraux intenses du délire
pour le plus simple prétexte, des ac-

132

accidents nerveux ou chèreïformes, accès de
maladie cérébrale qui peut entraîner la
mort, mais qui, d'autres fois, guérit
très rapidement et aboutit au retour
pur et simple à l'état antérieur. Or
ces malades ont souvent plusieurs fois
dans leur vie des accidents cérébraux
très graves qui sembleraient devoir entraîner
leur mort et qui guérissent comme
par enchantement. On n'a pas assez
insisté sur l'existence de ces accès
intenses de troubles généraux qui exis-
tent souvent chez les héréditaires et
constituent un symptôme important
de leur maladie qui se reproduisent
à divers intervalles et qui, après
avoir guéri plusieurs fois, finissent par
entraîner la mort. Les héréditaires meu-
rent souvent de bonne heure et par

des accidents cérébraux, soit de l'ordre
moteur ou sensitif, soit de l'ordre men-
tal. Ce sont là des faits très impor-
tants à noter pour rattacher cette ma-
ladie à toute la pathologie cérébrale,
pour prouver que c'est bien une ma-
ladie et non une simple déviation de
caractère et pour décrire exactement
cette forme spéciale de maladie mentale.
Les accidents physiques sont de la
plus haute importance et nous devons
citer, à ce propos, le cas du célèbre avocat
Tandon qui a tout attiré l'attention
sous l'empire et soulevé des discus-
sions si nombreuses et si passionnées.
Eh bien, Tandon a éprouvé plusieurs
fois dans sa vie des accidents de ce
genre et a succombé à une attaque

Congestive à la suite de laquelle on a constaté à son autopsie l'existence de 7 foyers apoplectiques antérieurs.

Je voudrais insister plus longuement sur la marche de la Folie héréditaire mais le temps me presse et je n'envisage seulement en trois cette conséquence que ces Folies héréditaires sont souvent rémittentes et qu'elles présentent souvent des accès intenses de courte durée qui sont remplacées par un simple retour à l'état antérieur. Les Folies héréditaires sont donc toutes essentiellement rémittentes. C'est là un fait important pour le pronostic de l'accès qui n'est pas aussi grave que l'on pourrait le croire tout d'abord. On a dit souvent que les formes héréditaires des maladies mentales étaient

Toujours incurables. C'est vrai de l'ensemble de la maladie, mais c'est plus vrai s'il s'agit des accès qui peuvent guérir au moins momentanément. Du reste, ces maladies sont réellement graves par elles-mêmes, au point de vue des rechutes et au point de vue des rechutes et au point de vue de l'espèce par la stérilité et l'extinction de la famille qui peut arriver après plusieurs générations.

Le temps me presse et je veux résumer d'une manière rapide, les caractères ~~de ces~~ ^{principaux} des Folies héréditaires, qui peuvent permettre de les distinguer de toutes les autres.

Le premier de ces caractères c'est qu'elles sont essentiellement rémittentes intermittentes : Toute folie héréditaire est une folie

à surprises, une folie dans laquelle il y a des accès intenses et qui sont remplacées par un retour à peu près complet de la raison.

Un 2^{me} caractère, c'est qu'elles sont toutes plus ou moins lucides. Malgré le trouble assez étendu de l'intelligence qui peut survenir dans certains moments l'intelligence générale des héréditaires est bien conservée, ils peuvent raisonner sur tous les sujets, ils ont des jugements faux, mais ils raisonnent avec une grande facilité d'élocution et ce sont des fous raisonnants, des fous lucides; aussi leur folie est-elle souvent contestée.

Le 3^{me} caractère consiste dans ce fait que ces folies n'aboutissent presque jamais à la démence. Excepté dans les cas où

que j'ai signalés à la suite de la puberté
faits dans lesquels il se produit une dé-
mence précoce, les folies héréditaires de
l'âge adulte n'aboutissent presque ja-
mais à la démence. Les malades meu-
rent dans des accès cérébraux graves,
mais après avoir conservé, pendant toute
leur vie, l'activité de leur intelligence.
Le 4^{me} caractère, c'est qu'elles sont sur-
tout caractérisées par le délire des ac-
tes et par les troubles des sentiments et
des penchants. Un autre caractère est celui
que j'ai déjà signalé précédemment c'est
que ces folies ne présentent presque ja-
mais de hallucinations. Le symptôme
si fréquent dans d'autres formes de la
folie et, en particulier, dans le délire de
persécution, est extrêmement rare dans

la folie héréditaire. Ces malades ne présentent d'hallucinations d'aucun sens, à aucune période de leur maladie, excepté peut-être pendant les accès passagers de trouble mental très intense.

Enfin, un dernier caractère est tiré de la nature des idées délirantes, quand elles existent et leur mode de production. Comme je vous le disais tout à l'heure ces héréditaires sont souvent pris tout-à-coup d'une idée fautive, d'une ou plusieurs conceptions délirantes qui surgissent tout-à-coup, comme d'une boîte à surprises, qui s'installent dans l'esprit, y règnent en maîtresse, pendant plusieurs mois, ou même plusieurs années et qui disparaissent ensuite presque aussi rapidement qu'elles se sont produites, pour être remplacées par d'autres idées

qui acquiescent la même fixité. C'est
là un caractère fréquent des folies hé-
réditaires à une période plus avancée.
Et sous ces caractères tirés de l'ordre
moral, il faut ajouter sous ceux de l'or-
dre physique que j'ai déjà décrits tout à
l'heure et qui peuvent être divisés en
caractères physiques permanents et en
caractères physiques temporaires.

Les caractères permanents sont toutes les
déformations organiques dont je vous ai
parlé, ainsi que les perversions génitales.

Les caractères accidentels ou temporaires
ce sont les accidents cérébraux intenses,
convulsifs ou délirants qui surviennent
à longs intervalles dans le cours de l'é-
tendue de ces maladies et qui souvent, à
la fin, entraînent la mort de ces malades.

Tous voyez donc qu'il y a là un ensemble de caractères physiques et moraux très importants qui permettent de distinguer dès à présent dans l'état actuel de la science, la Folie héréditaire des autres espèces de Folie. Quand on élimine dans un asile d'aliénés, les paralytiques généraux, les persécutés, les hystériques, les Epileptiques, les alcooliques, les Mélancoliques et les maniaques, ainsi que les malades atteints de formes moins fréquentes mais cliniquement bien décrites de maladies mentales, on arrive enfin à un groupe qui, jusqu'à présent ne pouvait recevoir aucune dénomination spéciale, un *expos motuum* de faits que l'on ne savait où classer. Ce groupe de faits recevait autrefois le nom

vague d'excitation maniaque. Ce mot
ne représentait absolument aucune idée
médicale ni clinique. C'était l'expression
de l'art. Et bien, aujourd'hui, grâce
aux travaux de Morel, nous sommes ar-
rivés à plus de précision dans le dia-
gnostic et la description de ces cas dif-
ficiles de manie sans délire ou de folie
raisonnante. Tous ces faits appartiennent
au grand groupe des Folies héréditaires.
Ils sont liés à l'hérédité morbide chez
les ascendants et chez les descendants,
ils sont un des anneaux de la grande
chaîne des transformations héréditaires.
Ce sont des malades appartenant à
la grande famille des aliénés à héré-
dité accumulée. Il faut donc rattacher
l'indurée à l'espèce et à la famille

Il faut rechercher quels ont été les descen-¹⁴⁷
dants et quels seront les descendants. C'est
une longue chaîne non interrompue qui pré-
sente une certaine irrégularité entre ses di-
vers anneaux qui présente des oscillations et
des variantes dans son évolution mais qui
est cependant continue et progressive dans
son ensemble. On descend ainsi progressi-
vement tous les degrés de l'échelle intel-
lectuelle et des perturbations morbides.

On commence par l'état nerveux protèi-
forme, on arrive peu à peu aux diverses
névroses et aux diverses némanies, puis
aux diverses némanies, puis aux folies
raisonnantes, hystériques et épileptiques,
enfin, en descendant toujours on arrive
à l'imbécillité et à l'idiotisme. Il
y a comme une chaîne non interrom-
pue d'états malades successifs, s'ag-
gravant de plus en plus, pour arriver
enfin à la stérilité et à l'extinction

de la race soit par la stérilité des parents,
soit par la mort des enfants en bas âge.
Il y a là une loi générale d'hérédité qui
domine tous les faits particuliers qui se
succèdent chez tous les individus d'une
même famille à travers plusieurs géné-
rations. Or, les faits de Folie lucide ou
de folie héréditaire rentrent tous dans cette
famille, comme des anneaux de la même
chaîne et doivent être mis à leur place
dans la série successive des phénomènes
héréditaires. Voilà pourquoi, jusqu'à nos
jours, jusqu'à ce que nous possédions
enfin une classification plus complète et
plus naturelle, il importe de conserver
le grand groupe des Folies héréditaires
créé par Morel et qui est un véritable
progrès sur les Folies décrites par nos
devanciers. Dans la prochaine séance,
je me propose d'étudier certaines variétés

de folies héréditaires qui sont réellement
spéciales et qui méritent une descrip-
tion particulière sous le nom de folies
avec conscience ou de délirs émotifs.
Ces mots ne conviennent peut-être pas
très bien pour les désigner mais, jus-
qu'à présent, nous ne connaissons
pas d'expression plus claire et plus
exacte pour englober dans une même
description sous ces états pathologiques
qui présentent à la fois des troubles
nerveux et des troubles variés de l'ordre
mental.

Nous les appellerons donc états de délire
émotif ou de Folie avec conscience et
nous en ferons l'objet de la prochaine
leçon.

151

Leçon sur l'Alcoolisme
en 1869 - 1870.

Abus des Alcooliques très répandu dans tout l'univers, mais surtout dans les régions septentrionales.

Magnus Fluss analysé en France par Orenaudin et Lasigne. Il faut diviser l'étude en 2 classes : Alcoolisme aigu et Alcoolisme chronique. Indiquer simplement l'ivresse comme 1^{er} degré de l'état aigu et à titre de comparaison vis à vis du delirium tremens.

1^o Étiologie. Conditions particulières où se trouvent les individus intoxiqués et variété des boissons absorbées.

Il n'est pas donné à chacun de s'enivrer avec les mêmes doses ; l'individualité de chacun joue un grand rôle sous ce rapport. Il en est de même l'alcoolisme comme de l'ivresse. Il y a deux catégories, ceux qui résistent à fortes doses

et ceux qui n'en ont besoin que de
fort minimes : Aphorismes établis par
Morel sous ce rapport au point de vue
de la prédisposition héréditaire. Dispo-
sition à boire ou dipsomanie. Détails
à ce sujet. 2^{me} condition, nature du
liquide ingéré : vin, eau de vie, divers
boissons alcooliques, absinthisme. 3^e
3^e Condition : mode d'administration.
boire le matin à jeun ou en mangeant
d'une manière continue ou intermittente.
Sente etc etc = idées de Lasègue à
cet égard.

2^e Description clinique des diverses for-
mes de l'alcoolisme.

Dyspémanie alcoolique ou délire subaigu
de Lasègue — Peu étudiée avant lui.

Période prodromique : faciturnes et ter-
raintes pour leur santé, symptômes ga-
striques ; insomnie, cauchemars, irasci-

anxiété physique et morale ; déinangeaisons, fourmillements, rêves, perceptions subjectives se transformant peu à peu en hallucinations, terreurs, craintes, imaginaires, fantômes et, peu à peu, véritable délire. Alors, ils vont se plaindre et se font arrêter avec des idées délirantes déterminées roulant sur un sujet principal, sur des accusations imaginaires, ils croient qu'on veut les tuer, entendent des détonations etc etc. Actes violents et surtout suicide. Actes homicides et jalousie. Cet état mélancolique est le diminutif de l'état plus violent auquel on a donné le nom de delirium tremens.

Delirium tremens ou délire alcoolique à forme maniaque. C'est un délire des plus violents. Description rapide d'un accès. Il y a des prodromes, de 15 jours à 3 semaines, qui ne sont

convent que la lypémanie alcoolique ci-dessus décrite.

Description détaillée de l'accès = Terreurs instructives. Visions qui marchent, animaux, insectes, hallucinations de l'ouïe qui poussent à l'action, besoin de se sauver et de fuir. Le malade est conscient avec son délire; il veut échapper. Il peut suspendre momentanément son délire pour causer avec les assistants, mais bientôt il reprend le dessus. Les accès sont d'une extrême violence, longue sèche, soif ardente. Lueurs abandonnantes, profuses. Insomnie absolue pendant plusieurs jours, pendant tout l'accès. Période de sommeil et de torpeur qui annonce la guérison; après 24 ou 30 L.^{res}, réveil et retour à la raison, avec souvenir très incomplet de l'accès. Malade très affaibli.

3^o Etat d'obtusion et d'étélement de l'alcoolisme chronique.

Phénomènes physiques dans le système nerveux et dans les autres organes.

Ces phénomènes, surtout bien étudiés par Magnus Flux qui a admis plusieurs formes pour la facilité de l'étude.

Formes anesthésiques et hyperesthésiques, fourmillements, engourdissements, douleurs, secousses, refroidissement des extrémités.

Formes parésiques : faiblesse musculaire surtout dans les extrémités des bras et des jambes remontant vers le centre, tremblement, fait capital = au réveil, diminuant plus tard, partiel ou général ; commence par les extrémités et, dans dans les cas extrêmes, devient une tremulation générale = pour le reconnaître, mettre la main sur l'épaule, tremblement du cou et de la tête, muscle de la face, languette

Le malade laisse tomber les objets, sur-
tout les doigts; absence de précision et de
coordination; il ne peut plus écrire ni se
livrer à aucun travail délicat. Dans d'au-
tres cas, contractures, raideurs, convulsions
partielles et même attaques épileptiques
qui peuvent durer même après la cessation
de la cause.

Fonctions diverses de l'économie V. diges-
tion, dyspepsies; perte d'appétit, langue
sale, vomissements surtout le matin, piti-
phénomènes pénibles auxquels le malade
cherche un remède en reprenant de l'alcool
plus tard, gastrites, entérites, ulcérations
et lésions variées de la muqueuse, col-
iques, diarrhées, travail de Lendet.

Lésions du foie; cirrhose; foie gras
rate, lésions des reins, infl. des séreux
rhumatisme et delirium tremens.

Diagnostic différentiel. Délire maniaque

divers délirés toxiques . Paralyse générale ; phénomènes physiques, symptômes psychiques et marche de la maladie, énumération des principaux signes différentiels
Pronostic . Pas grave pour l'accès, mais grave par les rechutes, pour l'individu lui-même et pour sa descendance,
Anatomie pathologique . Épaississements,

opacités des méninges, analogies avec la paralysie générale et les lésions des vieillards . On arrivera plus tard à mieux déterminer les lésions spéciales à l'alcoolisme .

Influence de l'alcoolisme sur les générations Individus qui engendrent en état d'ivresse produisent des enfants atteints de diverses maladies nerveuses ou de difformités. D^r Coussere et autres. Enfants qui meurent en bas âge, ont des convulsions ou des méningites . Quand ils survivent, ils sont imbeciles ou

idiots ou névropathiques aboutissent
aux prisons ou aux asiles d'aliénés.

Ils sont remarquables pour leurs mau-
vais instincts ou leurs penchants vicieux.
Cruels, féroces, et l'on verrait des accidents
plus graves si la race ne s'éteignait par
bientôt par les morts en bas âge et par
la stérilité des parents.

Médecine légale de l'alcoolisme.

Auteurs anciens et modernes de jurispru-
dence ont deux points de vue bien dif-
férents = Les uns circonstances aggravantes
les autres, atténuantes. Il faut distinguer
l'ivresse et les divers degrés de l'alcoo-
lisme. Si l'individu a agi sous l'empire
d'un accès de délire alcoolique, il faut
l'exonérer comme un aliéné, mais les
cas mixtes sont difficiles et il faut
juger séparément chaque particulier.
Il en est de même pour les testaments
faits pendant les intervalles des accès.

Séquestration. Mêmes principes. Il faut
juger chaque cas particulier. Difficultés très
grandes pour les torties. Chaque médecin
a son criterium différent à ce sujet. On ne
peut poser de règle absolue, ni les ren-
voyer de suite ni les garder indéfiniment
enfermés. Donc, en résumé, pour la
médecine légale, comme pour la séquestra-
tion, il faut se décider d'après les cas par-
ticuliers et ne pas poser de principe gé-
néral et absolu.

Leçon sur l'Alcoolisme en 1868 - 1869.

Nous avons surtout à envisager l'alcoolisme
au point de vue du délire. Le délire al-
coolique a été l'objet d'études nombreuses
est très fréquent et entraîne des conséquen-
ces graves, au point de vue de la médecine
légale et de la séquestration.

Il doit être étudié dans l'alcoolisme
aigu et dans l'alcoolisme chronique
et tenir compte des symptômes psychi-
ques et des symptômes physiques.

Le delirium tremens, l'une des formes
aigües, a été étudiée dès le commencement
de ce siècle, en Angleterre, en Amérique
et en France depuis 1819. Mais l'al-
coolisme dans son ensemble n'a été réelle-
ment étudiée que depuis 1852, depuis
Magnez Lours.

Conditions dans lesquelles se développe

Surtout ce délire. On l'observe partout mais surtout dans les pays du Nord, Angleterre, Amérique, Suède et Norvège etc etc. Il faut considérer plusieurs conditions:

1^o Idiosyncrasie du sujet. On a pas assez tenu compte de cette condition. C'est par là pour l'ivresse comme pour l'alcoolisme qui diffèrent selon les individus. Ivresse gaie et ivresse triste, tendre ou querelleuse. Héritée. Moreau de Tours et Morel.

Individus prédisposés ont une grande résistance à l'action de l'alcool. D'autres ont de la dipsomanie qui les conduit à l'intoxication. Il faut donc tenir grand compte des circonstances héréditaires et individuelles.

2^o Nature de la liqueur ingérée. Le vin moins grave que l'eau de vie, et celle-ci moins que l'absinthe. Les uns soutiennent que tous les accidents sont dus à l'alcool seul et les autres prétendent qu'ils diffèrent selon les liqueurs

Expériences sur les animaux. L'absinthe
détermine plus de convulsions, des acci-
dents plus graves et une mort plus rapide.

3^e Mode d'administration. Boire seul, à
jeun, le matin. C'est l'alcoolisme le
plus fâcheux. Le contraire existe pour
ceux qui boivent en mangeant, à Paris,
on fait plus de vin que d'eau de vie
et, cependant, on s'alcoolise. L'alcoolisme
de Magnus Huss, en Suède, avec l'eau
de vie de pommes de terre, est différent de
celui de Paris.

Delirium Tremens. Quelques mots seule-
ment de l'ivresse et de l'ivrognerie.

L'alcoolisme aigu est connu sous le nom
de Delirium Tremens. 2 symptômes
principaux; délire et tremblement. Le
début n'est pas brusque généralement
comme on l'a cru. Il y a des prodromes
qui n'échappent pas à un observateur
attentif; ils sont intellectuels et moraux.

et physiques. — tristes, moroses, ne peuvent plus remplir les devoirs de leur profession, lacunes de mémoire, oublis, conscience de leur état, hypochondrie, symptômes surtout nocturnes, cauchemars, rêves pénibles, réveils en sursaut, perceptions subjectives, avant et après de véritables hallucinations. Hallucinations de la vue, surtout la nuit. Besoin de mouvement, inquiétudes, angoisses, besoin de confidences, hypochondriaques et inquiets.

Phénomènes physiques. Tâches lumineuses, flammes, gerbes de feu, insectes, animaux fantômes, fantômes, fourmillements, engourdissements, faiblesse et débilité musculaire, vomissements de pituite, laissent tomber les objets, tremblement etc.

Après 10 jours ou 3 semaines de cet état prodromique, le délire éclate tout-à-coup, sous l'influence d'une cause morale vive ou à la suite d'une maladie aiguë, variolique, fièvre typhoïde, pneumonie, rhumatisme, etc.

Le délire prend alors un caractère très

violent. Les hallucinations de la vue dominent; disposition à la crainte et à la terreur est le fait dominant. Délire maniaque des plus violents. Malade incoercible, casse et brise; on est obligé de le maintenir dans son lit; camisole indispensable. Hallucinations de la vue et de l'ouïe; le malade veut s'enfuir; entend des détonations de fusil et de pistolet, voit des spectres qui marchent, des animaux, des insectes. On le veut le tuer, il est poursuivi, veut se sauver, sort de son lit, passe par la fenêtre ou par la porte etc. perceptions subjectives et hallucinations tout à la fois.

Le délire dure plusieurs jours. Pas de rémissions et pas de sommeil, sueurs abondantes, faiblesse générale, tremblement très général, quelquefois choréiforme dans les lèvres, la face et tout le corps.

Le plus souvent pas de fièvre, chaleur très vive dans des cas très aigus, sécheresse de la langue, soif ardente, sueurs abondantes. Malgré sa violence, ce délire a pour caractère de pouvoir se suspendre momentanément et alors le malade entre en communication avec les assistants. Le délire roule habituellement sur les occupations ordinaires du malade et sur les préoccupations qui ont précédé l'accès. Malgré cet échange d'idées avec les assistants et la conscience pendant l'accès, il y a presque perte du souvenir après sa cessation. Dans la plupart des cas, après plusieurs jours de durée, ce délire aboutit à la guérison. Il se termine presque toujours par le sommeil. On a donné l'opium dans ce but mais il survient sans l'opium. Ce sommeil est prolongé est suivi d'abattement.

et de faiblesse physique et de perte de
sonneur mais on est étonné du retour
rapide à la raison.

M^r Delasiaume a noté une forme grave
de delirium tremens qui peut aboutir
à la mort. On hésite pour savoir si c'est
un délire alcoolique ou une méningite.
Ceci doit rendre réservé dans le pronostic.
Bagnon a signalé dans ces cas l'hémipar-
ésie et l'augmentation extrême
de la température. Le delirium tremens
survient souvent à la suite ou dans le
cours des maladies aiguës et l'on hésite
alors pour savoir s'il faut rattacher le
délire à l'alcool ou à la maladie fi-
brile. Ex. la pneumonie et le rhuma-
tisme.

Délire alcoolique subaigu ou mélancolie
alcoolique :

Il y a des formes de délire alcoolique
plus chroniques, moins étudiées et qui

mentent de l'être. On voit dans les
asiles des malades dans un état de
Mélancolie alcoolique qui ressemble beaucoup
au délire de persécution et qui ont été dé-
crits par Lasèque sous le nom de délire
alcoolique subaigu. Cet état succède quel-
quefois à plusieurs accès de délire alcoo-
lique aigu et, d'autrefois existe d'emblée
et constitue par lui-même une forme
très intéressante de délire alcoolique.

Les malades dominés par des hallucina-
tions nombreuses de la vue et de l'ouïe,
croient qu'on les suit, qu'on les insulte,
qu'on se moque d'eux dans les rues et,
sous ce rapport ressemblent à ceux qui
sont atteints du délire de persécution
essentielle, mais ils en diffèrent par l'en-
semble des symptômes physiques et mo-
raux qui appartiennent à l'alcoolisme
aigu que nous avons décrits tout à l'heure
tout à l'heure sous la forme violente et

qui se produisent sous une forme plus
douce et à l'état de diminutif chez les
malades tubaigus. Hallucinations nom-
breuses de l'ouïe et de la vue, visions ter-
rifiantes, idées délirantes coordonnées sous
forme de romans incessamment ressassés
par les malades, paranoïa, besoin de
fuir, détonations, appréhensions et accu-
sations, jalousie, envenîmés, actes violents,
homicide et suicide. Cet état mérite d'être
décrit avec soin et distingué par des carac-
tères différentiels du délire de persécution
essentielle, par les symptômes, son pronostic
et sa marche.

169

Alcoolisme chronique. Symptômes physiques.
Système nerveux. Magnus Huss a admis
plusieurs variétés, au point de vue phy-
sique, parmi les prodromes & on observe
d'abord des phénomènes d'anesthésie et
de paralysies partielles. Dans ces cas, le
malade ne délire pas encore, son intelli-
gence n'est pas sérieusement troublée, il
n'éprouve que des hallucinations passagères,
des altérations de la mémoire, mais
les symptômes physiques dominent. Le
malade a conscience de son état, veut
trouver le médecin, accuse de la faiblesse
dans les extrémités inférieures et supérieures,
qui se limitent au coude et au genou.
Les phénomènes nerveux sensitifs et moteurs
existent dans les extrémités des membres
anesthésiés partielles ou hyperesthésiés,
douleurs, contractures, fourmillements, engour-
dissements; tels sont les phénomènes habituels
de l'alcoolisme au début. La faiblesse

blesse des mouvements est peu prononcée
mais elle se manifeste dans certains cas
ne peut soulever des poids, laisse échapper
par la fourchette ou couteau, se butte en
marchant contre les obstacles. Après cette
forme prodromique viennent les formes con-
vulsives, paralytiques; l'épilepsie alcoolique
qui ne diffère pas symptomatiquement
de l'épilepsie ordinaire. Elle guérit souvent
mais peut persister malgré la cessation
de la cause. La forme paralytique porte
surtout sur les extrémités et est plus pro-
noncée que dans la paralysie générale vraie.
Symptômes physiques dans les autres fonctions.
Les lésions existent surtout dans le foie,
les reins et le cœur. Dans le foie, cirrhose
très fréquente chez les alcooliques, 20 sur
100. Foie gras. Il en est de même des
reins pour la maladie de Bright.

État gras du cœur, hypertrophie graisseuse, sang gras, alcool dans le sang, sensible par la chimie, le microscope et même au contact.

La marche des accidents alcooliques est très variée ; tantôt intermittente, tantôt rémittente, la plupart du temps par soubresauts. L'abus peut être continu, mais les phénomènes ne sont pas constants. Il peut y avoir des intervalles prolongés. Ce n'est que plus tard, après plusieurs accès qui arrivent enfin à l'état chronique continu.

Le pronostic varie selon la nature des phénomènes observés et selon les moyens d'hygiène employés. Malheureusement, la plupart des alcooliques continuent à boire et le mal ne fait qu'empirer. Dans ces cas, le pronostic est fâcheux, car on peut alors voir survenir des accidents nerveux aigus qui peuvent entraîner la mort. Dans d'autres cas, on a vu des

natures étiologiques arriver à se corriger.
Sociétés de tempérance en Amérique et en
Angleterre. Mais en général après plusieurs
accès, le mal empire, passe à l'état chro-
nique et à la cachexie, à une prostration
générale et au développement des lésions
organiques indiquées ci-dessus.

Le diagnostic différentiel doit être fait à
diverses périodes. Le delirium tremens
doit être distingué du délire manié-
que et des divers délirs toxiques par les
caractères que nous avons indiqués préce-
demment. La mélancolie alcoolique doit
être distinguée par les caractères énumé-
rés plus haut du délire de persécution
essentiel.

Enfin l'alcoolisme chronique, sous certaines
formes, peut être confondu avec la pa-
ralysie générale. On doit chercher les
éléments de diagnostic dans les symptômes
physiques, les symptômes psychiques et

la marche générale de la maladie. ¹²³ Trem-
blement général, embarras de la parole
plus prononcé et différent. Lésions des
sens dans l'alcoolisme et pas dans
la paralysie générale, troubles subjectifs
de la vue, délire mélancolique et délire
expansif, avec idées de grandeur. Cepen-
dant dans quelques cas rares, le diagnos-
tic est presque impossible.

Traitement. Dans la 1^{re} période, opium,
bains prolongés de plusieurs heures. Méthode
expectante. Dans la forme chronique. Magnus
Luss a conseillé l'huile de lin. Marcel
a employé l'oxide de zinc. Traitement
suédois par l'alcool mis dans tous les
aliments. Cela ne réussit pas que pen-
dant un temps et cela peut provoquer
les accidents que l'on veut combattre.

Il reste à traiter deux questions
importantes pour terminer.

1^o Influence de l'alcoolisme sur les géné-
rations.

Question étudiée seulement dans ces dernières années. Moreau de Tours et Noel
Résultats intéressants; L'alcoolisme des parents est souvent cause d'imbécillité, d'idiotisme, d'Épilepsie, de surdité et de diverses déformités chez les enfants. On voit beaucoup d'enfants nés de parents ivrognes, être doués des plus mauvais instincts; portés au vol, à l'incendie, au meurtre, à la violence et peupler les asiles d'aliénés comme imbecilles et les prisons comme criminels. Ils présentent des signes physiques et des signes intellectuels et moraux = diminution de la taille, stérilité précoce, altérations et déformités de divers organes, tœ de lièvre, strabisme, malformations des organes génitaux, hernies, etc. Enfin la plupart des enfants nés dans ces conditions meurent jeunes. La race s'éteint ainsi rapidement par la mortalité des enfants et la stérilité des parents ultérieure de ceux qui survivent.

175

Les symptômes intellectuels et moraux consistent dans des facultés précoces, des aptitudes spéciales qui en font de petits prodiges et qui s'éteignent souvent après la puberté. Au moral, les lacunes ne sont pas moindres; ils ont les plus mauvais instincts dès leur enfance. Tous de petits monstres au moral et se livrent à des actes violents qui ne leur permettent pas de rester dans les tensions et les font conduire tôt ou tard dans les asiles d'aliénés ou dans les prisons.

Médecine légale de l'alcoolisme. Il y aurait tout un chapitre à faire sur ce sujet qui a une grande importance. Deux opinions opposées sont en présence. Les uns regardent l'alcoolisme comme une circonstance aggravante et les autres comme atténuante. Dans les cas de délire caractérisé, aigu ou chronique la solution est bien simple. Ce sont des aliénés et par conséquent, des irresponsables. Ce qui est difficile, ce sont les cas intermédiaires

ou beaucoup d'auteurs admettent la responsabilité atténuée ou partielle et les cas périodiques ou rémittents, dans lesquels on peut admettre le retour de la responsabilité après sa disparition. Dans les cas d'aliénisme chronique, il peut aussi y avoir des doutes sur la responsabilité dans certaines périodes. Mais ici, comme toujours, il faut observer l'individu tout entier et l'ensemble de ses symptômes physiques et moraux et ne se prononcer que sur l'histoire complète de l'individu dans chaque cas particulier.

séquestration Asiles spéciaux en Amérique pour les iroques. En France, on les met dans les asiles d'aliénés quand le délire est flagrant et d'une durée suffisante, mais les difficultés existent pour la sortie. Doit-on les faire sortir des asiles aussitôt après la guérison ou les tenir enfermés plus ou moins long-

177

temps ou même indéfiniment. Chaque
médecin a sous ce rapport, sa jurissur-
dence et l'on ne peut pas établir de loi
absolue. Il faut se guider sur l'obser-
vation de chaque cas particulier.

4 Décembre 86

Folies périodiques ou intermittentes

Il y a des unes ont de la régularité dans leur production, les autres n'en ont pas mais se reproduisent à divers intervalles et plusieurs fois dans le cours de leur existence. Les unes ont des accès très courts et rapprochés et les autres des accès longs et éloignés : Folies périodiques, à courtes et à longues périodes.

Toutes les folies périodiques maniaques ou mélancoliques, ont des caractères communs.

1^{re} Elles sont toutes héréditaires et souvent héréditaires sous la même forme, chez les ascendants et les descendants

2^{re} Elles ont une invasion rapide et avec des prodromes physiques et mo-

raus toujours les mêmes.

3.^e Tous les accès successifs se ressemblent dans leurs plus petits détails et dans la succession de tous les symptômes. Qui a observé un accès connaît les autres. Cela est vrai des folies épileptiques comme de toutes les autres folies périodiques, maniaques ou mélancoliques.

4.^e L'accès a ordinairement les mêmes caractères pendant toute sa durée, avec peu de différences de degrés d'un moment à l'autre, jusqu'à une époque très voisine de sa terminaison.

5.^e La cessation de l'accès est aussi rapide que sa production. En quelques jours ou en quelques heures, le malade revient à la raison et reconnaît qu'il sort d'une maladie comme d'un rêve. C'est un voile qui tombe.

6.^e Pendant l'intermède le malade revient tout à fait à l'état normal

Il ne conserve aucune trace de maladie
ni de faiblesse intellectuelle, quoiqu'en
ait dit M. Billod. Il recouvre sa lucidité
et sa liberté morale et n'a pas
honte de sa maladie comme les autres
aliénés. Il revient à l'asile et revient
sans peine.

Description de la Folie Circulaire ou à double forme.

Il existe plusieurs variétés de folie circulaire mais surtout celles à courte et à longue écheance.

Etat de dépression. Derniers degrés de dépression. Le plus général c'est la dépression simple : le fond de la Mélancolie sans le relief, ou mélancolie sans débâcle, affaiblis, déprimés, disposés à l'immobilité, ils restent assis ou couchés, tendance au silence et au mutisme. Cependant, dans les premiers degrés, ils sont disposés à se plaindre de leur malaise, de leurs souffrances physiques et morales; incaricés, véritable martyr. Insensibles et indifférents à tout. Hypochondrie morale. Ils ne peuvent plus vouloir. Ils restent des heures entières dans la même attitude. Ne peuvent plus s'occuper. Intelligence ralentie et presque nulle. Tout effort d'esprit la fatigue.

Symptômes physiques. ~~Diagnostic~~ Digestions pénibles, nutrition se fait mal, peau sèche et rugueuse, sécrétions diminuées et même variées. Plus de salive ni de larmes, ralentissement des mouvements, de la circulation et de la respiration. Quelques soupirs. Le pouls descend à 40 et même à 25. Extrémités froides, pleurâtes, enflures, urines rares et peu abondantes. Douleur poignante à l'épigastre, anxiété précordiale, serrement et vacuité de la tête.

Les sensations disparaissent comme par enchantement avec le changement de période.

Actes et tenue des malades en rapport avec cette inertie physique et morale.

Ils restent chez eux immobiles et même au lit, s'enferment dans leur chambre sans air et sans lumière.

Pas de soins de propreté, négligent leurs

netement, ne s'habillent pas, ne mangent
ni à manger ni à accomplir les actes
les plus indispensables et deviennent gâteux.

C'est l'état habituel de mélancolie sans délire, mais pour compléter l'observation, il faut ajouter que dans un certain nombre de cas il y a des conceptions délirantes, de ruine, de culpabilité ou de damnation, de la mélancolie anxieuse et même de la stupeur, mais en général, même dans les cas extrêmes de mutisme et de stupeur, les malades assistent à tout ce qui se passe en dehors et peuvent en rendre compte après la cessation de l'accès, d'une façon qui étonne tous les observateurs qui les croient absolument endormis.

État d'excitation. Présente les phénomènes précisément inverses de la période précédente. Surexcitation de toutes les facultés, symptômes de l'excitation.

maintenant tous prédominance marquée dans
les idées délirantes

Besoin incessant de mouvement et d'action
pas un instant de repos pour parler et
pour agir ; sortent de chez eux ; visites
continuelles, lettres écrites, invitations, soirées
de tout genre, pas un instant de répit ;
soirées, spectacles, fait de la nuit le jour.

Concomitant les projets plus variés, entrepren-
nent des voyages, des achats, des construc-
tions, ressemblent au 4^e degré de l'ivresse
et à la période prodromique de la paralysie
générale.

Intelligence surexcitée dans toutes les facul-
tés, fermentation intellectuelle, rapidité
d'idées plus grande encore que la volubilité
de paroles. Les malades s'étonnent eux-
mêmes d'avoir plus d'esprit qu'autrefois
et les assistants s'en étonnent encore da-
vantage. Mémoire surexcitée, récitation

185
de pièces de vers, en composant, font
des discours etc. Cependant il se mêle
toujours à cette suractivité un grand de-
sordre. Sentiments et penchants sursei-
lent autant que l'intelligence. Toutes les
passions sont en fermentation dans leur
cœur comme les idées pullulent dans
leur esprit. Joie la plus excessive et
et parfois passagères de tristesse, passent
brusquement de la ^{l'amour} Joie à la haine, à la
jalousie et à la vengeance. Malgré
leur gaieté habituelle, ils sont très mal-
veillants, saquins, querelleurs et les plus
malfaisants des aliénés.

Autant les paralytiques généraux sont
bienveillants, autant les circulaires aiment
à faire le mal. Ils ressemblent sous ce
rapport aux hystériques par l'esprit
du mal et les inventions mensongères.
L'insinuation analogue à celui des hystériques,
ils attaquent la moralité et l'honneur
et parviennent souvent à porter la convoie.

tion dans les esprits.

Les impulsions participent à la surexcitation générale. Mouvements violents, incalculables et souvent très dangereux.

Les actes surtout dénotent le trouble profond de toutes les facultés. Malgré les apparences de raison, ils sont les plus désordonnés des aliénés. Ils se singularisent en toutes choses. Leur démarche, leur manière de parler, leur tenue, leurs attitudes, leurs poses, tout est spécial et permet de les reconnaître à distance dans les cours des asiles d'aliénés. Manière de se vêtir, accoutrement particulier, vêtements malpropres, déchirés et dans nos asiles modernisés bien tenus, ils contrastent avec tous les autres par leurs costumes bizarres et rappellent l'aspect des anciens asiles, au milieu de la monotonie habituelle générale. Ils sont remuants, malpropres, saouls et désordonnés. Ils ont les poches pleines

de petits papiers et de chiffons et ce seul caractère suffirait pour les faire reconnaître. Les symptômes physiques correspondent aux faits de l'ordre intellectuel et moral, sentiment de bien être et d'assurance de santé, besoin incessant de mouvement sans fatigue, absence de toute sensation douloureuse, insomnie, appétit exagéré, accroissement des fonctions digestives et de nutrition, accélération du pouls et de la respiration.

Suite de la description de la Folie circulaire.

Excitation des fonctions génitales chez l'homme et chez la femme, enfin légers symptômes de congestion vers la tête, phénomènes congestifs qui rapprochent de la paralysie générale au début. C'est là, la forme la plus habituelle de l'excitation maniaque chez les circulaires, mais dans d'autres cas, plus rares, l'accès de manie devient plus intense et plus incohérent. Quelquefois même avec conceptions délirantes terminées dans le sens de la satisfaction et de la grandeur qui rapproche singulièrement cet état de la manie congestive et de la période d'excitation de la paralysie générale, d'autant plus qu'elle s'accompagne quelquefois aussi d'un léger embarras de la parole. Ce

état de manie complète s'observe plutôt dans les asiles d'aliénés, tandis que la simple excitation, se voit plutôt chez les aliénés en liberté.

Intervalle lucide. Existe souvent entre les deux périodes, mais pas toujours. Il y a quelque fois deux intervalles lucides, mais le plus souvent il n'y en a qu'un, et il est plus ou moins prolongé. Il se produit le plus souvent après la période mélancolique.

Pour la médecine légale, il importe d'étudier avec soin le passage successif de l'état maniaque à l'état mélancolique avec l'état de calme intermédiaire et passages semblable au calme de la mer entre la marée montante et la marée descendante.

Dans ces cas de transition insensible, il est difficile d'établir avec certitude l'existence d'un état de raison intermédiaire. Le passage est comparable à celui du jour à la nuit et de la nuit au jour.

Le passage d'une forme à l'autre peut encore s'opérer de 2 façons différentes et, dans ces deux cas, il n'y a pas encore d'intervalle lucide vrai. Dans certains cas, le passage se fait par oscillations par une alternance plusieurs fois répétée d'excitation et de mélancolie et après une reproduction successive des 2 états l'un des deux finit par se stabiliser définitivement d'une manière continue. Enfin, il est des cas plus fréquents qu'on ne croit, où le passage est brusque d'un état à l'autre, souvent dans l'espace d'une nuit. Le malade s'endort mélancolique et se réveille maniaque.

Mais tous ces faits sont en réalité expérimentels et dans la majorité des cas, surtout dans les formes à longues périodes il y a, comme l'a dit mon père, un véritable intervalle lucide plus ou moins pro-

longé qui mérite une description spéciale. et pendant lequel le malade doit être considéré comme revenu momentanément à la raison. On ne le trouve ni différent de lui-même à l'état normal, ni différent du type général de l'humanité. On est donc bien obligé de reconnaître qu'il est dans l'état d'équilibre, de raison et de liberté morale, ^{ce qui} est important, pour le faire sortir des asiles d'aliénés, et pour la médecine légale au point de vue pour de la responsabilité et des testaments.

Marche de la Folie circulaire. Maladie essentiellement Constitutionnelle et héréditaire, prend souvent après la puberté, sans causes occasionnelles appréciables ou à la suite de causes insuffisantes pour expliquer sa production. Quelquefois cependant elle survient plus tard, à la suite d'une

chute sur la tête, d'un traumatisme,
d'un accouchement ou sous l'influence
d'une cause morale. Les débuts sont
peu connus; rarement observés par les
médecins à cette période. On est obligé
de reconstituer son histoire après coup
d'après les renseignements des familles
ou des malades.

Le 1^{er} début a-t-il lieu par la phase
mélancolique ou la phase maniaque?
point douteux. Il existe des faits des
deux ordres, mais quels sont les plus
fréquents? Selon moi, c'est l'état mélancolique
qui commence, comme l'a dit
Guislain pour toutes les folies et comme
l'a soutenu Ludovic Meyer. Ce premier
stade mélancolique est-il plus long,
comme dit encore Ludovic Meyer?
Est-il vrai également qu'il y a souvent

plusieurs accès mélancoliques successifs suivis d'intervalles antécédents, avant que se produise le premier accès maniaque et avant que la double forme s'accroisse, et s'installe réellement. Les points de l'histoire de la maladie, à ses débuts sont encore obscurs. Quoiqu'il en soit, une fois constituée à l'état d'accès à double forme, elle s'établit définitivement pour toute la vie avec de simples différences de durée et d'intensité des accès. Il faut étudier ces différences avec attention comme variétés distinctes dans l'évolution de la maladie.

Et d'abord, il y a deux grandes divisions principales à établir sous le rapport de la durée des accès. Folie circulaire à courtes et à longues périodes.

La première, moins fréquente, s'observe cependant assez souvent depuis l'alternance tous les deux jours, ou à quelques jours d'intervalle jusqu'à 15 jours ou un mois. Alors l'intervalles lucide n'existe

pas et cette variété pourrait porter plus
justement le titre de folie à forme aléatoire.
Mais ce sont les cas les moins fréquents.
En général, les accès sont plus longs, 3
mois, 6 mois, et même plus. Ce sont là
les vrais types de folie circulaire. Il y a-t-il
un rapport entre les périodes et les saisons?
C'est ce qu'il a été impossible d'établir,
non seulement chez les divers malades
mais chez le même malade.

La durée relative des périodes dans le même
cercle est loin d'être toujours la même, non
seulement chez les malades différents, mais
chez le même malade. Il est des cercles
plus courts et d'autres plus longs, et
dans le même cercle une période peut
être tantôt plus longue et tantôt plus
courte que l'autre. Ce qui est le plus
fréquent, c'est que la période mélancolique
est plus longue que la période maniaque
mais ce n'est pas constant. De même

195

L'intervalle lucide est ordinairement plus court que les autres périodes même dans les formes à très longue éclipse. M. Baillarger a signalé des cas où l'intervalle lucide peut durer pendant plusieurs années et qu'il a appelés 'folie à double forme intermittente'. Ces faits exceptionnels doivent être éclairés à la lumière des faits intermédiaires dans lesquels l'intervalle lucide est de plus en plus prolongé. Rien n'empêche donc d'admettre dans ces cas, la continuité du cercle malgré la longue durée de l'intervalle lucide, d'autant plus que dans d'autres cercles, chez les mêmes malades, l'intervalle lucide peut être beaucoup moins prolongé. Les degrés d'intensité varient également d'un cercle à l'autre chez le malade et chez des malades différents.

La folie circulaire appartient au groupe des folies périodiques et comme telle participe des caractères généraux des folies

intermittentes. Dans la majorité des cas, les accès se ressemblent donc chez le même malade, pendant toute la vie, aussi bien dans leurs symtômes généraux que dans leurs détails et à chaque nouvel accès, c'est à dire à chaque nouveau cercle on les voit se reproduire avec une remarquable uniformité. Cependant cette loi générale comporte quelques exceptions, pour la folie circulaire plus encore que pour les autres folies intermittentes.

Ainsi, après avoir observé pendant plusieurs années, plusieurs cercles absolument semblables, dans le stade maniaque, on voit un cercle dont les 2 stades sont atteints un cercle, dont les deux stades sont atteints ou avortés, tandis que dans un autre cercle l'état maniaque ou l'état mélancolique acquièrent une intensité inaccoutumée. Dans d'autres cas enfin la période mélancolique est peu accusée.

192

tandis que la période maniaque est très accen-
tuée ou vice versa.

Malgré ces variations dans l'intensité des
divers accès, la loi générale subsiste, et
dans la majorité des cas, les accès se repro-
duisent ordinairement chez le même indi-
vidu, pendant toute sa vie, avec une sur-
prenante uniformité.

Mais si l'intensité des divers stades est
généralement la même aux divers cycles
chez le même individu, il n'en n'est rien
de même chez les malades différents.
Sans doute les caractères fondamentaux
de l'état maniaque et de l'état mé-
lancolique restent les mêmes dans tous
les cas folie circulaire, l'état maniaque
étant plutôt caractérisé par l'altération
des impulsions et des affections et par
le désordre des actes que par le trouble
considérable de l'intelligence, et l'état
mélancolique consistant plutôt dans
un état général de dépression que dans
l'existence d'un délire mélancolique

caractérisé. Mais malgré ce ^{caractère} ~~détail~~ presque
typique constant, il y a 3 degrés diffé-
rents importants à signaler dans l'inten-
sité de la maladie.

Le 1^{er} degré le plus léger, celui qu'on
observe chez les circulaires en liberté, consé-
quent à un simple changement d'humeur
ou de caractère qu'on ne peut apprécier
qu'en comparant l'individu à ce qu'il
était autrefois, ou par contraste avec l'é-
tat opposé qui lui succède. Description
rapide de ces deux états successifs de
caractère gai et de caractère triste chez
le même individu, à quelques mois de
distance. C'est là un degré léger et
souvent transitoire de la folie circulaire
qui est très fréquent dans le monde.
Deux autres degrés plus intenses sont
observés dans les asiles. L'un des de-
grés consiste dans l'agitation mani-

simple mais très intense que nous avons
 décrite et dans l'état de dépression
 mélancolique avec mutisme volontaire, re-
 fus des aliments et penchant au suicide,
 et l'autre degré, le plus fort de tous,
 consiste dans ces mêmes états d'excita-
 tion maniaque et de dépression mélan-
 colique auxquels viennent s'ajouter des
 conceptions délirantes bien caractérisées, de
 satisfaction et de grandeur pour l'état
 maniaque, et de ruine et de culpabilité
 ou de damnation pour l'état mélanco-
 lique. Mais, malgré ces 3 degrés
 différents d'intensité, la folie circulaire
 conserve ses caractères fondamentaux pen-
 dant toute la vie et ce sont ces carac-
 tères qui constituent l'unité de la
 forme.

Peu de médecins se trouvent en position
 de suivre ainsi des malades pendant toute
 leur vie mais c'est précisément ce qui

nous est arrivée à nous-même par
suite d'une circonstance exceptionnelle
Ea. M. Guiné, pendant 47 ans. Cette
longue observation nous a permis d'établir
les résultats suivants :

1^o Cette maladie présente une grande in-
constance dans la succession des périodes,
chez un même malade. Trente ou 30 ans
après, on retrouve ces malades semblables
à eux-mêmes, dans leurs diverses pé-
riodes ; mais, malgré les progrès de
l'âge, et l'ancienneté de la maladie,
ces malades ces aliénés, comme tous
les héréditaires, baissent beaucoup moins
au physique et au moral, que la plu-
part des hommes et surtout que les
autres aliénés. Ils conservent jusqu'à
la fin de leur vie toute l'activité de
leur intelligence et ne tombent pas
dans la démence.

2^o Les accès se raccourcissent souvent

avec le temps et 2^e intervalle lucide ²⁹¹ tend
de plus en plus à disparaître, à mesure
qu'ils avancent en âge, et ceci est vrai
pour les formes à courtes périodes comme
pour celles dont les différents stades ont
une plus grande durée.

3^e Enfin il survient souvent, à de longs
intervalles, chez ces malades, des accidents
cérébraux exceptionnels qui peuvent à la
fin entraîner la mort. Les accidents
congestifs peuvent être unis dans la forme
maniaque aux idées de satisfaction et
de grandeur et simuler la paralysie gé-
nérale et ils peuvent même produire
dans la forme mélancolique. Ils se repro-
duisent à divers intervalles et peuvent
donner lieu à des erreurs de diagnostic.
Enfin, ils se produisent surtout dans les
dernières périodes de la maladie et peuvent
devenir la cause de la mort, surtout
dans la période d'excitation. Nous nous
bornons à signaler ce fait qui mérite

d'être étudié plus attentivement, mais
nous ne pouvons nous empêcher de faire
remarquer qu'il est intéressant et sur-
prenant tout à la fois de voir la folie
circulaire qui se rapproche plus de l'é-
tat normal que d'autres formes offertes
néanmoins plus de troubles physiques
et d'accidents cérébraux que les autres
variétés de la folie qui semblent cepen-
dant, au 1^{er} abord, plus éloignées de
l'état physiologique

Divisions principales de mon travail sur l'état mental des Epileptiques.

Preamble : Exposé rapide de l'état de la science sur ce sujet et du but que je me propose dans ce travail. Etudier les caractères précis du délire épiléptique, les rapports avec les vertiges et les attaques convulsives et indiquer les conséquences de cette étude pour la psychologie mentale et la médecine légale.

Chapitre premier

Description des troubles intellectuels observés chez les Epileptiques.

1^o Troubles intellectuels passagers des Epileptiques, avant, pendant et après leurs accès.

2^o Etat mental des Epileptiques dans l'intervalle des accès.

3^o Accès de délire plus prolongés méritant spécialement le nom de Folie

épileptique subdivisée en :

1.^o Accès de petit mal

2.^o Accès de grand mal ou manie avec
lunéum.

3.^o Caractères communs à ces deux genres
d'accès.

Chapitre II

Marche des troubles intellectuels de
l'Epilepsie dans leurs rapports avec
les accidents physiques de cette maladie

1^o Faits dans lesquels les accès de délire
sont directement en rapport avec les attaques
épileptiques.

Avant les attaques.

Après les attaques

2^o Faits dans lesquels les accès de délire ont
lieu dans l'intervalle des accès convulsifs
chez des individus reconnus comme épilepti-
ques.

3^o Faits dans lesquels les accès de délire
se produisent chez des individus dont l'é-
pilepsie est méconnue ou n'existe réellement
pas au moment où on observe les ma-
lades.

Résumé des diverses variétés de mar-
che des accès de délire dans leurs rap-
ports avec les phénomènes physiques de
l'Épilepsie, vertiges ou grandes attaques

Thème 111

Conséquence de l'étude du dév. épi-
tique pour la pathologie mentale et la mé-
decine légale.

C'est un progrès pour la pathologie mentale
d'avoir établi l'existence d'une folie épi-
tique, ayant des caractères spéciaux, re-
connaissable même en l'absence des mouve-
ments convulsifs ou des vertiges. Mais
c'est surtout utile pour la médecine légale.

Irresponsabilité et responsabilité
des épileptiques, selon les moments ou les
catégories étudiées précédemment. Intervalle
des attaques et pendant les accès. Carac-
tères des actes des épileptiques. Carac-
tères des accès de grand mal et
des accès de petit mal qui servent

puissamment le médecin légiste pour la démonstration de l'état malade et de l'irresponsabilité. Capacité civile des Epileptiques. Mariage des Epileptiques. Séquestration.

Conclusion.

En médecine légale on doit donc s'appuyer sur 3 ordres de caractères pour démontrer l'état malade et, partant l'irresponsabilité des aliénés individuellement atteints de folie épileptique.

1^o Sur les caractères tirés de la marche des accès de délire dans leurs rapports avec les accidents physiques de l'Epilepsie.

2^o Sur les caractères physiques et moraux

des accès de délire, dans le grand mal et le petit mal intellectuel.

3^e Sur les caractères des actes eux-mêmes accomplis pendant ces accès, actes violents, automatiques, instantanés et non motivés.

C'est en s'appuyant sur cette triple base que le médecin pourra porter la conviction dans l'esprit des magistrats et rester médecin avec sa compétence spéciale au lieu de se faire avocat ou philosophe en dissertant sur les motifs des actes et les limites arbitraires du libre arbitre.

Folie hystérique.

Existe-t-il une folie hystérique ?

Est-ce la même chose que la folie chez la femme ?

(Morel et ses élèves, Bulart et Lachaux)

Par l'observation clinique on peut arriver à reconnaître l'existence l'existence de symptômes intellectuels et moraux précis. Folie névrosatique de Morel de Cour, Folie hystérique de Morel.

Il faut distinguer 3 états successifs.

1^o Caractère des hystériques.

Ils représentent en diminutif les traits principaux de la Folie hystérique confirmée.

1^o trait. Mobilité extrême de tous les

phénomènes observés. Passage rapide
de l'excitation à la dépression, d'une
crise de rire à une crise de larmes.

Enthousiasmes rapides, efforts inouïs pour
arriver au but, puis, même avant de l'a-
voir atteint, passage brusque d'un extrême
à l'autre, de l'amour à la haine, de
la sympathie à l'antipathie, du désir
à la répulsion. En résumé, fantasques
et capricieuses. La sensibilité elle-même
est pleine de contrastes. Elles restent froides
et insensibles impassibles en présence des
plus grands malheurs et sont boulever-
sées par de simples contrariétés. C'est
là un mot magique qui peint les
hystériques, mieux que tout autre.
Elles se plaignent constamment de
contrariétés et réagissent violemment
contre ceux auxquels elles les attribuent.
Toute leur vie consiste à éviter les contra-

riétés

2^{me} trait : Esprit de contradiction et de controverse. Elles s'obstinent dans la résistance, en paroles et en actions. On ne peut parvenir à les faire céder. Obésité et résistance passives vraiment maladives. Cette fermeté de volonté contraste avec la mobilité fréquente des idées et des sentiments.

3^{ier} trait : Esprit de duplicité et de mensonge. Véritables comédiennes. Pas de plus grand plaisir que celui de tromper et d'induire en erreur. Elles exagèrent, non seulement leurs mouvements convulsifs, mais tous les mouvements de leur âme, leurs idées et leurs actes. Elles affectent des sentiments qu'elles n'ont pas¹⁰, jouent la douleur comme la gaieté, l'amour comme la haine, affectent la sympathie et mé-

dissent la vengeance, des tours infâmes,
des machinations infernales.

Calomnies pour ternir la réputation, mille
ruses, mille histoires mensongères et mê-
lagent d'une manière inextricable le
vrai et le faux. La vie des Lystériques est
un éternel mensonge. Affectent des airs
de dévotion et font à l'intérieur les scènes
les plus violentes, tiennent les propos
les plus obscènes et se livrent aux actes
les plus désordonnés, pour reprendre en
public des airs de décence et de modestie
affectés.

4^e trait : rapidité de production des
idées, des impulsions et des actes. Les
idées n'ont pas une lente incubation
mais une éclosion subite. Elles paraissent
et disparaissent comme dans un
changement à vue.

Une conception envahit l'intelligence et
y domine en maîtresse absolue pendant

quelque temps, puis elle disparaît aussi vite qu'elle a paru. C'est comme une plante parasite qui ne peut trouver un sol favorable pour se développer et prendre racine.

Il en est de même des impulsions qui sont instantanées, non motivées et passent rapidement à l'action sans que l'homme songe à résister à moins qu'un mobile puissant n'intervienne tout-à-coup et alors elles peuvent s'arrêter subitement malgré la force de l'impulsion de même que dans l'ordre physique, elles peuvent arrêter, ralentir ou même suspendre les mouvements convulsifs.

Elles ont des mouvements violents d'impatience et de colère, desins des injures ou des paroles grossières, se portent à des actes violents et bruyants

Traversent du pied la terre, renversent ou
brisent un objet, déchirent leur mouchoir,
leurs vêtements, donnent un soufflet, cra-
chent au visage, se roulent par terre. etc.

5^o Elles sont généralement romanesques
et disposées à laisser prédominer les fan-
tasies de leur imagination sur les néces-
sités de la vie réelle. Enfin, elles sont
souvent érotiques quoique l'on ait sou-
vent exagéré cette disposition de leur na-
ture, car elles sont plus souvent coquettes
et vaniteuses que passionnées et ardentes.

Caractères des Folies Hystériques.

- 1^o Lucidité relative de l'intelligence
- 2^o Trouble profond des instincts et des sentiments - disposés à faire le mal, à nuire, à torturer les personnes qui les ennuient par des calomnies, des inventions sataniques. Elles mêlent le vrai et le faux et donnent une grande ressemblance à leurs inventions.
- 3^o Violence et désordre des actes, cynisme érotisme, se déshabillent, se mettent toutes nues : Actes violents instantanés, brisent, cassent, déchirent, se livrent à des actes malpropres ou désordonnés, boient leur urine. Elles changent d'apparences d'un moment à l'autre et trompent leur public en étant alternat-

naturellement calmes ou déordonnées, selon les personnes devant lesquelles elles se manifestent.

4^e Indépendamment de ce désordre des actes, elles ont souvent des conceptions délirantes fixes et persistantes qui surgissent tout-à-coup, durent un certain temps et sont soudain remplacées par d'autres qui ont à leur tour le même degré de fixité. Elles se croient enceintes, affirment avoir été violées, croient avoir un animal dans le corps, racontent une histoire absolument fausse et en font un roman auquel elles croient comme à une histoire vraie et portent la conviction dans l'esprit des autres, au point de faire condamner des individus sur leur simple témoignage. Elles ont aussi des idées de grandeur.

5^e Les malades se livrent à des actes instantanés de suicide ou de violence

elles avalent des épingles ou du verre,
bousent la vaisselle, donnent un soufflet,
brisent ou déchirent, poussent des cris
perçants pendant plusieurs heures, se
deshabillent, se mettent toutes nues, etc
etc.

Ces troubles intellectuels existent surtout
chez les hystériques ayant peu de symp-
tômes physiques ou n'ayant que quelques
symptômes isolés de l'hystérie sans grandes
convulsions.

Les Cérébraux

Analyse de l'article de Lasègue

La médecine mentale est une branche de la pathologie cérébrale et une branche détachée du tronc fœtal par le fœtus.

Les affections cérébrales n'obéissent pas à des lois exceptionnelles et leur évolution ne comprend rien en la comparant à celle des autres maladies.

Une femme, à la suite d'une couche, est atteinte d'une périmérite. Elle guérit en apparence au bout de 2 ou 3 mois, mais elle conserve à l'état latent les reliquats de l'affection aiguë et elle garde de cette 1^{re} atteinte une susceptibilité et des attitudes morbides qu'elle n'aurait pas eues sans cette première maladie.

Un homme est renversé par une voiture

il en résulte une pleurésie, par exemple,
qui guérit mais qui laisse à sa suite une
predisposition malade qui s'impose à toute
son existence. Le traumatisme laisse
des traces qui fournissent occasion plus
tard à des maladies analogues mais
empruntant quelques caractères spéciaux
à l'infirmité de la santé.

Autre catégorie de faits. Un enfant naît
bossu ou se déforme aux premiers âges de
sa vie. Quelque soit la déformation, sa poi-
trine n'est pas plus celle d'un homme sain
que celle de l'homme qui a été écrasé par
une voiture. Un côté se dilate, l'autre se
rétrécit; le poumon fonctionne mal. Et
bien, si cet homme prend une bronchite,
il n'a pas la même bronchite que les
autres hommes. Ces 3 modes de déviation
ont leurs analogues dans leurs affections

cérébrales. Il y a des maladies secondaires chez les individus dont l'état cérébral a été troublé par des affections encéphaliques antérieures. En ces maladies secondaires se tiennent avec des caractères qui leur sont propres.

Un enfant tombe des bras de sa mère, ou le sautoir, on lui applique des compresses froides, des sangsues derrière les oreilles. Il guérit après 24 ou 48 h^{rs}, mais quelques semaines, quelques années après, il dort moins bien, a quelques fantaisies bizarres. A l'âge de 7 à 8 ans, ou plus tard, de 12 à 18, il survient des accidents cérébraux étranges qui étonnent le médecin et la famille et l'on trouve le mot de méningite, mais les symptômes indicés ne correspondent pas au type des méningites vraies. Il est dans les conditions de l'emploi de chemin de fer ou de la femme en couches cités plus haut.

En vertu de la lésure guérie, il n'est plus comme un autre et les accidents cérébraux se produisent chez lui sous une autre forme que lors du premier accès. Ici, il faut avoir une parenthèse. Lorsqu'il s'agit d'un enfant, les choses ne se passent pas toujours comme chez un adulte. Il y a un élément particulier qui est celui du développement cérébral et qui peut modifier l'évolution de la maladie en plus ou en moins. Il peut agir soit en augmentant le défaut provenant de la lésure, soit en l'atténuant, et il a alors lutte entre les deux facteurs. Mais il n'en est pas de même pour un adulte; un homme de 28 ans fait une chute de cheval, on le relève sans connaissance et il reste ainsi une heure ou deux. Le chirurgien constate qu'il n'y a ni fracture ni blessure grave et après quelques

Jours, déclare le malade guéri. Mais à partir de ce jour, il n'appartient plus au chirurgien, mais au médecin. Au bout de 6 mois, un an, 10 ans, 15 ans, la famille s'effraye des désordres cérébraux mal caractérisés et consulte le médecin qui ne reconnaît pas là les symptômes d'une maladie cérébrale définie. C'est une affection secondaire greffée sur une chose toute autre que celle de la santé. Et vous découvrez qu'il y a eu autrefois un traumatisme cérébral, qui a pour résultat de faire du cerveau un terrain sans rapport avec le terrain cérébral d'un individu indemne.

Morrel a signalé les déformations des parties molles de la face en rapport avec les infirmités mentales, mais il existe un indice supérieur à tous les autres, c'est la configuration osseuse du crâne.

Si la voûte du crâne est mal construite cela importe peu, mais si la portion faciale est

est engagée, il n'en n'est plus de même.
La portion inférieure du cerveau subit alors
des compressions incompatibles avec son fon-
ctionnement normal.

On peut affirmer en examinant un crâne si
un épileptique est devenu tel par malforma-
tion du crâne, c'est à dire si l'épilepsie a
débuté dans le jeune âge ou bien est survenue
plus tard.

En bien, si une déformation osseuse détermine
l'épilepsie, une malformation mentale s'ac-
compagne par des accès ou des crises, plus ou
moins analogues à la maladie convulsive.

Il existe donc une catégorie d'individus
touchés cérébralement ou ayant perdu leur
virginité cérébrale, qui sont sujets par suite
de ce précédent à des affections cérébrales d'un
ordre particulier. Je les appelle des Cérébraux
et ce mot, bon ou mauvais, est entré dès
à présent, dans la langue médicale.

Pouvons-nous les reconnaître à certains signes ?
Telle la question.

Les cérébraux doivent être nettement distingués des gens nerveux chez lesquels on ne trouve ni une lésion traumatique ou spontanée antérieure ni une malformation.

Les deux classes d'aliénés trop souvent confondues, doivent être nettement distinguées et en opposant les cérébraux aux nerveux on jette une vive clarté sur la pathologie mentale. J'aurais voulu, sous ce rapport, suivre plusieurs formes essentielles d'accidents cérébraux secondaires, mais cela demanderait trop de développements et je me bornerai à une seule esèce, empruntée à la pathologie mentale; le délire par accès. Le mode d'aliénation se traduit essentiellement et presque exclusivement chez les cérébraux. Prenons un ex. de choc cérébral sans traumatisme. Un officier est frappé pendant une revue, d'un

accident cérébral arrivé sous de soleil, ou
insolation, non suffisant pour les gens du
monde mais non pour les médecins. En un
mot, il a été frappé d'une déviation su-
bite : il a eu un nuage devant les yeux
et il est tombé. On l'a ramené chez lui,
appliqué des sangsues ou même saigné,
et au bout de 3 ou 4 Jours il a repris
son service. Il paraît guéri et cependant
si vous interrogez son supérieur ou surtout
la femme, on vous répondra que depuis
cet accident, il est devenu fort érotique, qu'il
est absent plus souvent que les autres fois,
que le travail lui coûte, qu'il s'est mis
à boire ou à fumer avec excès, que son
sommeil est excessif ou insuffisant etc
etc. En un mot, il a quelque chose d'in-
quietant, il a une tare. C'est un vase
fêlé et un jour ou l'autre, on constatera
des symptômes plus accusés, des crises

de délire ou d'excitation, en un mot des troubles multiples.

Autre exemple: un enfant a été pris de convulsions, à 4 ou 5 ans, à l'âge où elles cessent d'être inoffensives. Elles se répètent 3 fois, puis elles cessent et il est considéré comme guéri. A partir de ce moment, il est entré dans la catégorie des épileptiques. Vers 13 ou 14 ans, il est au collège et on le voit changer tout-à-coup de habitudes, de goûts, de caractères, il devient mauvais élève, se bécote contre les maîtres; on est obligé de le reprendre chez soi. On le croit guéri mais il conserve des points defectueux: instabilité sans propos, incapacité passagère de travail, perte de mémoire à certains moments, dépression ou excitation sans motif et, plus tard, tout-à-coup, il a une crise cérébrale.

Un de ces malades, l'officier ou l'enfant devenu homme, part un jour de chez lui, entre dans une Eglise, interrompt

le prédicateur en chaire. On le conduit au
poste et là éclate un accès d'excitation
maniaque ou de délire aigu. Et l'on ap-
prend que le matin, il avait fièvre comme
à l'ordinaire, alors que c'est à midi qu'
est arrivé l'aventure. Est-ce de l'épilepsie
Jamais une crise épileptique ou épilep-
tique, pas de contractions musculaires,
d'écume ou de resserrement de pupille
ni de petit mal vertigineux. Le malade
reste ainsi délirant pendant 8 ou 10
jours. On l'interné dans une maison de
santé et, au bout d'un mois, on le re-
met en liberté. Mais cette crise ne sera
pas la seule. A partir de ce moment,
il appartient aux crises, soit physiques,
soit intellectuelles. Un jour, en mangeant,
il tombera ou le forcera dans son lit,
et ce sera fini. C'est une crise transi-

soir, comme dans la paralysie générale qui est le type des maladies à tétos, qui succède par secousses et où l'on sent qu'il y a quelque chose par une lésion qui s'étend et se rallume. Les crises délirantes n'ont ni durée ni forme obligée. Au bout de quelques jours, ou de quelques semaines, le malade en apparence guéri, reprend sa vie habituelle. Tantôt c'est un accès avec excitation générale, l'embrasse et étonne la famille par ces manifestations inattendues tout à fait contraire à sa nature et à ses habitudes.

Un autre pèche par orgueil, il va sans chez un banquier placer son argent sur des opérations de spéculation et peut ainsi gagner 100000 francs en une heure. On prononce le mot de paralysie générale, mais souvent on se trompe et 15 jours après, le malade est guéri et vous narque

dans la rue de l'avoir considéré comme perdu.
C'est qu'en effet ces crises à forme paraly-
tique n'impliquent pas l'existence d'une
paralyse générale vraie.

Il se peut qu'une circonstance accessoire fa-
vorise l'éclosion de ces accès délirants, par
exemple l'alcoolisme. Il est des gens qui
n'ont pas les signes classiques de l'alcoo-
lisme, tremblements, ténos, troubles gastri-
ques, et qui deviennent délirants, à la suite
de la boisson. Ce sont les cérébraux par
anticipation. Un verre ou deux leur suffient
et ils ont une crise analogue mais non
identique à celle des alcooliques. On voit
par ex. dans les asiles, des persécutés
à hallucinations de l'ouïe qui, tout à
coup, sont terrifiés par des fantômes dus
à une influence alcoolique passagère et
vous ne tardez pas à apprendre que le

molade ? c'est l'écoulement de la boisson, malgré la surveillance.

Donc, il existe un certain nombre de délirants méritant le nom de délirés par accès et qui empruntent leurs caractères soit au délire épileptique, soit au délire maniaque, soit à tout autre, mais à titre de complication ou de compléments. La guérison arrive rapidement, mais il ne faut pas se laisser induire en erreur par les apparences, ce n'est pas plus de l'épilepsie ou l'éclampsie que n'est de l'épilepsie. Ce sont des états épileptoïdes.

En résumé, lorsque la santé cérébrale a été troublée, ne fût-ce qu'un moment, par une blessure, une lésion encéphalique ou une malformation, la guérison apparente n'est trop souvent que la suspension des accidents. Le malade supposé guéri a acquis une diathèse morbide qui décidera du reste de son existence. Il devient alors sujet à des troubles physiques et intellectuels, se produisant le plus souvent

sous forme de crises incomplètes, irrégulières,
soustraites aux lois habituelles de la pa-
thologie cérébrale et que l'on doit décrire
comme une espèce à part dans le genre de
affections cérébrales.

Mon but a été de resserrer de plus en plus
le lien qui unit la pathologie mentale à
la pathologie cérébrale et par elle, à la pa-
thologie tout entière.

Deux voies sont ouvertes dans ce but. La
première consiste à établir une relation étroite entre
les symptômes de l'ordre physique et les
perturbations intellectuelles. C'est ce que l'on
a déjà fait pour la paralysie générale,
l'Épilepsie, la démence hémiplegique et
et, pour les délirs moins prolongés liés
aux maladies aiguës, telles que la fièvre
typhoïde, la pneumonie, les furieuses etc.

La seconde voie, moins suivie, est
celle où je me suis engagé. Personne

ne rend plus que moi justice aux analyses délicates des aliénistes dans l'étude des conceptions délirantes et des formes symptomatiques de la Folie mais les influences individuelles, celles du milieu et celles du degré plus ou moins avancé de la maladie, sont dominées par les caractères de l'espèce morbide qui est toujours la même chez les individus des diverses classes sociales, dans les différents siècles et dans les différents milieux et il faut toujours dans l'observation, superposer l'espèce à la variété observable. Les investigations psychologiques ne sont pas épuisées, mais il est temps de changer de voie. Il ne faut pas détruire l'édifice, mais chercher à construire à côté sur une autre base.

Le fonctionnement défectueux de l'esprit de l'aliéné repose sur une lésion de l'orga-

même qui peut échapper à l'observation
mais qui est obligatoire ; nous pouvons
renouer provisoirement à la connaissance,
mais jamais à la supposer. Quand
la lésion cérébrale s'affirme par des si-
gnes contemporains du début de la folie
son évidence s'impose ; mais elle devient
moins évidente quand les troubles céré-
braux accusés par des phénomènes an-
tiques, remontent à une époque plus
éloignée. Du point de départ au point
d'arrivée, il y a une distance telle qu'on
a le temps d'oublier le 1^{er} début. Dans
des cas encore plus obscurs, la lésion
physique n'éclate qu'après l'invasion
de la Folie, mais si tardive qu'elle soit
son apparition faite un jour sur le désordre
mental qui semble l'avoir devancée.

Il en est de même des délirs typhoïdes
qui surviennent, par exception, au 1^{er}

l'acte, au lieu de se produire qu'au 2^{me} centenaire, d'après la règle. Quand un accès de folie se déclare, il ne suffit pas de se borner à étudier l'état actuel et à rechercher les causes morales déterminantes, il faut surtout les chercher dans les antécédents cérébraux des malades.

Un grand nombre de maladies encéphaliques obéissent à une évolution confuse, tantôt à un progrès continu, tantôt, au contraire, suspendant leur marche pour la reprendre après une longue intermission. En cela, elles se conforment à la loi de toutes les maladies d'arthésiques, la goutte, le rhumatisme, la syphilis.

En fait de la goutte, il en est de même pour la maladie cérébrale. Si le choc initial a été violent, le malade pourra être déclaré cérébral et les phénomènes intellectuels ultérieurs pourront être

expliqués par cette entrée en matière. Il
ne s'agit plus d'un hasard imprévu chez
un individu sain, mais d'un accident nou-
veau survenu au cours d'une maladie qui
sommeille.

Cette recherche triotable, toujours utile, devient
indispensable quand il s'agit d'un désor-
dre mental qui ne rentre ni dans la classe
des névroses ni dans celles des maladies
cérébrales dénommées. Cette étude est
encore à peine ébauchée et j'ai pour but
d'indiquer le chemin sans avoir la préten-
tion de le tracer et encore moins de le
parcourir.

En attendant, il me paraît possible dès
à présent de discerner deux types, celui
que je viens de signaler et un autre dont
j'indiquerai les principaux traits.

Dans la V^e catégorie se rangent les dé-
lires impulsifs instantanés qui aussi.

tituent une variété des vertiges épilep-
 siques : tels étaient les cas de Troussot
 et de Chabot (Arch. Méd. 1875 et 1878)
 Tel est encore l'Ex. suivant que je résume
 comme Ex. de la même affection atténuée
 + 25 ans, robuste, sans déformation cra-
 nienne, employé comme homme de peine,
 dans un magasin, reçoit un sac de sucre
 sur la tête du poids de 100 Kilogr. On n'a
 que le temps de le sauver avant qu'il
 ait été écrasé par la file des pains de
 sucre. On n'a que le temps de le sauver
 avant qu'il ait été écrasé par la file
 de pains de sucre. Il ne perd pas connais-
 sance, est ramené chez lui en voiture et ce
 n'est que 2 jours après qu'il entre à
 l'hôpital d'où il sort 3 mois après
 pour aller à la campagne, chez un parent,
 et revient reprendre sa position très pénible
 chez un M^r de Fer. Depuis le choc,
 maux de tête fréquents, d'une façon

intermittente et irrégulière. Il boit peu
mais ne supporte plus le vin. Etourdisse-
ments sans perte de connaissance, somnolen-
ce, ainsi que l'appétit, pas de diminu-
tion de la mémoire, intelligence nette et un
peu au dessus de la moyenne. A la fin
de 1879, il fait la cour à une jeune fille
qui refuse de l'épouser. Il se promène
toute la journée, rentre chez lui et fait
une tentative de suicide, en se donnant
deux coups de couteau dont les blessures
guérissent. Le 10 Mars 1880, après avoir
passé la soirée avec un ami, il est repris
de la pensée du suicide. Il se promène
sans but dans les rues, s'arrête devant
un poste de police et demande à parler
au brigadier de service sans savoir ce
qu'il aura à lui dire. On lui ferme
la porte, et se frotte d'un coup de cou-
teau à la poitrine, et en donne un autre

au fonctionnaire, dont les vêtements sont à peine effleurés. Interrogé par moi le lendemain matin, il se montre très lucide, se rappelle très bien les faits de la veille et les rapporte conformément aux procès verbaux, pas de trace de folie ni de déviation intellectuelle, mais un peu de paresse d'esprit et une défiance manifeste de soi-même. En résumé, commotion cérébrale de date connue, crise vertigineuse avec tentative de suicide 5 ans plus tard et, deux mois après, double tentative enfantine de suicide et de meurtre.

Supprimez l'origine cérébrale et tout est obscur dans cette observation; rétablissez la série en lui assignant son origine et la maladie rentre dans une classe à caractères définis.

Descendez encore quelques degrés et vous trouverez le délire par accès réduit aux modestes proportions d'un larcin insignifiant ou d'une divagation sans but et l'on passera ainsi, par gradations insensibles,

de l'assassin farouche au délirant inoffensif.
Plus la lésion cérébrale domine, plus l'inté-
rêt d'une analyse psychologique va décroissant.
L'impulsion empruntée à l'épilepsie quelques
uns de ses caractères sans que l'individu ait
été ou devienne épileptique et le travail intel-
lectuel n'est pas annulé ni même suspendu
mais il est réduit à sa plus simple ex-
pression. Le point de vue de l'observation
se trouve ainsi changé et cette inversion, au-
lieu de concentrer l'attention sur le déliré ne
fait plus qu'un épisode.

Le 2^{me} type à signaler chez les cérébraux
a pour caractère de laisser dans les périodes
lucides une infériorité intellectuelle relative.
Le malade actif intellectuellement, habitué
à faire des efforts d'attention, éprouve après
la crise d'invasion, une désaillance dont il
a presque toujours conscience. Il est encore ca-
pable des mêmes choses qu'autrefois mais

241

pas avec continuité. L'acidité, la fatigue et la curiosité chez lui s'épuisent. Après une heure ou deux le travail lui devient terrible et il éprouve une sensation particulière de lassitude de cérébrale. Aucun phénomène physique ne veut s'y joindre et il est encore dans son immensité relative, supérieur à beaucoup d'autres. C'est sur ce fait de l'épuisement intellectuel que se développent les accès ultérieurs. La famille méconnaît ce fond continuel et ne constate que les accès subaigus. Le médecin constate alors qu'un certain jour, une attaque d'éblouissement a laissé chez lui une trace profonde et durable bien plus grande que l'accident passager semblerait capable de la produire. Peu à peu, les crises subaigües réduites d'abord à de l'irritation sans motifs semblent plus puériles. Les remontrances restent sans effet et cette indifférence douteuse d'obstination, est un des signes essentiels de la folie. Or l'on n'ensoiège que l'étrangeté des accès, on n'en tire aucune

conséquence utile; c'est l'état sous lequel
qui doit surtout éclairer le médecin. Un
beau jour, l'accès bénin se métamorphose en
une crise maniaque, ordinairement courte,
et le malade déclaré aliéné, n'appartient
cependant à aucune classe connue. Pourquoi?
Parce que le médecin n'a pas assisté au
commencement et que l'on a fait dater la
maladie que du jour de l'internement,
sans tenir compte de l'incubation insidieuse
qui a précédé. On ne tient compte d'ailleurs
que des deux accès délirants, tandis que
les symptômes physiques relégués au se-
cond plan, devraient prendre le dessus et
terminer souvent la scène pathologique.
Les faits de ce genre mériteraient d'être
longuement racontés.

Combien existe-t-il d'autres variétés?
Je n'en sais rien, mais ce que je crois pou-
voir affirmer, c'est qu'en aliénation mé-
telle toute étude qui se borne au fait ac-
tuel et n'embrasse pas la biographie

cérébrale du malade, est une étude à recommencer.
Celle est la seule conclusion que je veuille
tirer aujourd'hui de ce mémoire

Leçons sur les hallucinations

Etats physiologiques comparables aux hallucinations : rêve, somnambulisme.

Autres situations analogues de l'état normal. Hallucinations avec conservation de la raison. Exemples :

Hallucinations accompagnées de croyance à leur réalité, mais encore conciliables avec la raison.

Hallucinations évidemment empreintes de délire — Il n'existe pas d'aliénation constituée uniquement par des hallucinations, mais il y a une aliénation partielle avec prédominance de ce phénomène.

Trois degrés divers dans l'intensité de ce symptôme.

2^e me leçon

Des hallucinations dans la Manie, la Folie chronique, la Démence et l'idiotisme.

Formes diverses que revêt ce phénomène,
Hallucinations complexes. Formant ta-
bleau. Exemple. Association et isolé-
ment des hallucinations des divers sens
Degré de fréquence de ce symptôme ;
Causes d'erreur qui ont fait exagérer
cette fréquence. Hallucinations de l'ouïe,
de la vue, du toucher de l'odorat,
du goût et hallucinations internes.

3^{me} Leçon.

3^e Théorie sur la nature de l'hallucina-
tion = théorie sensoriale, intellectuelle et
mixte. Réfection de l'opinion sensoriale
arguments en faveur de la nature intellec-
tuelle du phénomène. Toute théorie mixte
est inadmissible parce que les 2 principes
sont inconciliables. C'est dans les lésions
de l'intelligence qu'il faut en chercher
la cause. L'état passif de l'esprit
n'est pas un obstacle à cette explication

Analyse psychologique de l'Hallucination.
 Analogies et différences entre les illusions
 et les hallucinations.

Plan de la Leçon sur les Hallucinations

1^o Étude Clinique.

États physiologiques successifs.
 Étude des hallucinations dans les formes
 diverses de la Folie.

Hallucinations de l'ouïe étudiées dans
 leurs variétés et dans leur évolution suc-
 cessive. Les 3 degrés du délire de persé-
 cution.

2^o Théorie de l'Hallucination.

3 Théories :

1^o Sensoriale

2^o Mixte

3^o Intellectuelle

Conclusion ;

deux ordres de phénomènes

1^o Perceptions subjectives

2^o Hallucinations variées

✓

Intellectuelle :

Tracé de l'impression, spontanéité,
refoulement dans le monde extérieur.

Séparation entre le phénomène et le moi.

Absence de conscience du travail de l'esprit.

Plan général de la Leçon
à faire à S^{te} Anne le 30 Mars.

1^o Etat de la science mentale à la mort
d'Esquirol en 1840, en se basant sur les
4 formes principales = la Manie, la Mélan-
colie, la monomanie et la Démence.

Ce qui était alors l'étude de la paralysie
générale.

2^o Critique de cette classification que j'ap-
pelle une classification d'infirmeries,
sans étiologie spéciale, avec beaucoup
de vague dans la symptomatologie, et
une absence complète de pronostic pos-
sible puisqu'il n'y avait pas d'évolu-
tion nière des maladies. Or, sans
étude de la marche naturelle des
maladies, il n'y a pas de pronostic
possible, ni de description précise

et conforme à la nature clinique des
espèces morbides. Or, ces prétendues
formes morbides ne sont pas des espèces
vraies et naturelles mais des états symp-
tomatiques artificiels sans évolution possible
à prévoir.

C'est la classification provisoire des Linné
et des Tournefort et non la classification
naturelle d'un Rusien.

Malgré ces défauts fondamentaux et es-
sentiels, cette classification subsiste en-
core aujourd'hui en apparence, mais
combien elle est démolie en réalité dans
la pratique et déjà remplacée en fait
par un classement dont on n'a pas cons-
cience mais qui existe réellement dans
la pratique des générations nouvelles.
L'édifice subsiste dans sa façade
mais tout l'intérieur du bâtiment

est transformé. Il n'attend que la main d'un dernier démolisseur pour apparaître tout entier à tous les yeux, comme un édifice absolument nouveau ne conservant même plus sa façade vieille et décrépite qui lui sert d'enseigne et de fausse décoration comme un décor de théâtre!

La refonte complète du bâtiment s'est faite peu à peu derrière la toile, à l'in-
 Tu des spectateurs par un travail ta-
 lent et souterrain en quelque sorte et
 l'on attend plus que la main d'un
 nouveau machiniste pour lever la toile
 et faire apparaître à tous les yeux
 l'édifice nouveau qui se construit der-
 rière la toile et qui est déjà à peu
 près achevé dans ses éléments princip-
 aux et n'attend plus que quelques
 compléments secondaires pour être tout
 à fait complété et apparaître dans

sont son éclat comme une construction nouvelle ayant remplacé l'ancienne.

Seconde partie.

3^e C'est là ce qu'il faut maintenant démontrer dans la 2^{me} partie de ce discours, en parcourant successivement les 4 formes principales de la classification régnante. Manie, Mélancolie, Monomanie, et Démence, en prouvant que toutes ces formes sont maintenant absolument détraquées et divisées en plusieurs catégories distinctes et dispersées dans des formes nouvelles qui se sont peu à peu introduites subrepticement dans la science et qui ont agi peu à peu, comme de véritables dissolvants vis à vis des formes artificielles et provisoires de la classification actuelle. Les dissolvants ont été surtout au

nombre de six.

1.^o La Paralyse générale

2.^o L'alcoolisme

3.^o La Folie circulaire ou à double forme

4.^o Les Folies héréditaires ou dégénérées
de Morel

5.^o Les délirs émotifs ou avec conscience

6.^o Les Folies Epileptiques, hystériques,
fœtiques et traumatiques.

4.^o Montrer avec détails comment les
4 formes de la classification actuelle ont
subi l'action lente et successive de ces
divers dissolvants et se sont décomposés
peu à peu en plusieurs espèces et variétés
qui se sont séparés et ont été s'agglomé-
rer autour des plusieurs centres nouveaux
d'attraction qui se sont formés peu à
peu et constituent en réalité, dès à pré-
sent, de nouvelles formes ou espèces

plus naturelles qui se trouvent dès à présent constituées à l'état d'unités distinctes et différentes de celles de la classification régnante.

1^o La Manie est décomposée en sept ou huit espèces.

2^o La mélancolie en 4 espèces principales
1^o déliré de persécution 2^o Mélancolie anscieuse, 3^o Mélancolie avec stupeur ou dépressive et 4^o Mélancolie sans déliré ou avec conscience — Sans compter la mélancolie alcoolique, celle de la paralysie générale et celle des affections cérébrales organiques.

3^o La Monomanie des grandeurs est passée à la paralysie générale et à la dernière période du déliré de persécution.

Le délire partiel actif est passé au délire de persécution et la monomanie impulsine ou d'actions est passée aux folies héréditaires, ou bien aux folies épileptiques, hystériques, traumatiques ou autres, mais la monomanie a complètement d'abord et cliniquement ensuite.

Enfin, 4^e La démence est un véritable *caput mortuum* qui s'est dissocié et détruit peu à peu, pierre par pierre et qui s'est réparti dans les catégories suivantes

1^o Démence paralytiques

2^o Démence sénile

3^o Démence organique ou des affections cérébrales organiques.

4^o Enfin, Démence des folies chroniques qui n'est en réalité qu'une période chronique de toutes les variétés de la folie,

telles que le délire de persécution, la
Mélancolie anxiieuse, etc etc mais qui
n'est pas la terminaison obligatoire de
toutes les folies puisqu'il en est, comme
la folie circulaire, les folies émotives et
les folies héréditaires raisonnantes qui
n'aboutissent jamais à la démence,
c'est à dire à un véritable affaiblisse-
ment intellectuel radical, à une obli-
viation complète des facultés intel-
lectuelles qui, d'après Pinel et Esquirol
constituerait le caractère essentiel de
la démence, soit primitive, soit consé-
cutive.

Après cet examen successif et détaillé
des 4 formes de la classification régnante
— qui ont été successivement dissociées
et démodées par un travail latent
et continu depuis 40 ans, arriver
à la dernière partie de la leçon, c'est
à dire au ;

Le Résumé général. Montre que la science est réellement changée et que, dès aujourd'hui, nous avons à étudier en médecine mentale.

1.^o La Paralyse générale.

2.^o L'alcoolisme aigu, subaigu et chronique.

3.^o La Folie circulaire ou à double forme.

4.^o Variétés de Mélancolie.

5.^o Les Folies héréditaires ou raisonnantes ou folies d'action : meurtre, vol, incendie et etc.

6.^o Les Folies émotives ou avec conscience.

7.^o Les Folies Epileptiques, Hystériques, Traumatiques et etc.

19 Février 84.

Comme une note médicale et psychologique
sur la situation mentale différente de
10 personnes de caractères différents, à
la suite d'une même émotion morale,
d'un même fait matériel, la
morsure par un chien enragé, de
même que M^r Lasèque a étudié
plusieurs fois avec détails la situation
mentale de plusieurs personnes de ca-
ractères différents, à la suite d'un
même fait, la perte subite d'une per-
sonne aimée.

Le chagrin produit des effets différents,
selon les personnes, de même que la même
cause, le froid produit des effets différents
selon les prédispositions individuelles (pneu-
monie, bronchite, rhumatisme, ou même rien).

19 Mars.

- 1.^o Lire avec attention mes 8 années de cours faits à l'Ecole pratique.
 - 2.^o Id, les leçons de Ball
 - 3.^o Id les ouvrages de M. Lasegue.
 - 4.^o Le traité de Traff Ebing.
 - 5.^o Le traité de Clouston.
 - 6.^o Le traité de Thrapelin.
 - 7.^o L'ouvrage de Morel.
 - 8.^o Les mémoires du prix Aubanel sur l'hérédité.
 - 9.^o Divers mémoires sur les Folies émotives et les Folies avec conscience.
 - 10.^o Celui le lire de mon père, mon discours, sur les classifications et celui sur la Folie raisonnante ainsi que l'art de la responsabilité.
-

H. g. 28

Étiologie de la Folie circulaire

Cette forme de maladie mentale est après le suicide, la plus héréditaire de toutes. Elle participe à cet égard des caractères des Folies intermittentes qui sont toutes très héréditaires.

On voit quelquefois cette maladie survenir à l'époque de la puberté, à la suite d'une maladie aiguë quelconque et, en particulier, à la suite de la fièvre typhoïde. Chez les femmes on cite également des ex. de production de cette maladie à la suite de couches.

Mais toutes ces causes occasionnelles n'ont qu'une importance très secondaire et la véritable cause fondamentale de cette maladie mentale, c'est l'hérédité et surtout c'est l'hérédité familiale, sous la même forme.

On a constaté en effet assez fréquemment la production de cette même forme de maladie mentale dans 3 générations successives, et pour ma part, j'ai déjà assez vu pour avoir vu le grand père, la mère et la fille

atteintes l'une après l'autre de la même maladie.

Cette maladie ne se produit pas avant l'époque de la puberté et quelquefois même elle ne survient qu'à une période plus avancée de la vie, mais, en général, même dans ces cas exceptionnels, elle a existé en germe presque dès la naissance et en cherchant bien rétrospectivement dans les antécédents des malades on retrouve dans leur vie antérieure des périodes alternantes d'excitation et de dépression.

Cette forme de maladie mentale est bien plus fréquente chez la femme, mais on en observe également de temps en temps des exemples chez l'homme et ils sont alors tout aussi bien caractérisés.

Historique de la Folie circulaire

- 1^o Dans l'antiquité, Arétée a dit que la manie succédait souvent à la mélancolie.
- 2^o Des auteurs du 17^{me} et du 18^{me} siècle ont noté la succession fortuite et accidentelle de la manie et de la mélancolie.
- 3^o Il y a des observations dans Pinel, Esquirol et leurs élèves mais personne n'avait attiré l'attention sur ce fait de la succession régulière et constante chez le même malade.
- 4^o Griesinger en 1845 s'est servi du mot Cycle appliqué à cette succession de la manie et de la mélancolie.
- 5^o Mon père, dans ses cours s'appuyant surtout sur l'ex. de St Odimé, de la Chanoinesse et de la folie & princesse Bibesco a proclamé le 1^{er} qu'il existait des malades chez lesquels la mélancolie et la manie alternaient et se succédaient régulièrement.

de manière à constituer un véritable
cycle d'états maladiés

1.^o M. Baillarger en 1854, a lu, à
l'académie de médecine, un mémoire
sur la Folie à double forme, dans lequel
il a rapporté plusieurs observations de
ce genre.

2.^o Quinze jours après, à la fin de Janvier
1854, mon père est venu réclamer la
priorité de cette idée, dans un mémoire
lu à l'académie de médecine, en réponse
à celui de M. Baillarger.

3.^o M. Baillarger a répliqué à son tour,
dans un autre mémoire publié ~~ou~~ dans
le bulletin où il a cherché à établir 3 ca-
tegories de faits distincts, selon que la suc-
cession des périodes était continue et non
interrompue ou bien, au contraire, séparée
par des intervalles plus ou moins longs.
C'est là, en effet, la principale diffé-
rence qui existe entre l'opinion de mon

77

père et celle de M. Baillarger. Celui-ci
insiste en effet qu'il peut exister des
accès de Folie à double forme sévère's par
de longs intervalles de raison et tout à
fait analogues aux accès ordinaires de
Manie intermittente, de même qu'il peut
exister aussi des cas, dans lesquels il se
produit un long intervalle de raison, entre
l'accès de Manie et l'accès de Mélancolie
et un autre intervalle également
prolongé entre l'accès de Mélancolie et
l'accès de Manie. Mon père, au contraire
croit que tous les faits de Folie à double
forme rentrent dans la catégorie de
ceux qu'il a décrits sous le nom de Folie
circulaire et qui sont caractérisés par la
succession régulière de 3 états constituant
toujours un cercle complet =

1^o Manie

2^o Mélancolie

3^o Intervalle lucide

puis, de nouveau, Manie, Mélancolie
et intervalle lucide

L'observation seule d'un grand nombre
de faits de cette espèce pourra permettre
de se prononcer sur ce point litigieux,
mais pour moi, j'ai pense que, dans la
plupart des cas, l'opinion de mon père est
vraie et que si l'on croit à l'existence
d'un intervalle très prolongé de raison,
c'est parce qu'il s'est produit pendant
ce temps un cercle très étendu de Manie
et de Mélancolie et intervalle lucide peu
accentuées et qui a passé inaperçu pour
les observateurs peu expérimentés et peu at-
tentifs. A la suite de ces deux publica-
tions des observations ont été publiées dans di-
vers pays en France et à l'étranger et l'on
a fait sur ce sujet des thèses et des arti-
cles de journaux ou de dictionnaire

M^r Legrand du Saulle a défendu dans les
Annales l'opinion de M. Baillarger et
a publié un cas de guérison par le sulfate

de quinine. M. Gaffroy a publié une thèse étendue avec une observation très curieuse recueillie à Charenton. On a publié, depuis lors, des articles assez nombreux, en France et à l'étranger (en Angleterre et en Allemagne surtout). Foville a fait un article dans le dictionnaire de Jaccoud et Orlu dans celui de Dechambre.

Enfin, M. Baillarger et Lunier surtout ont attiré l'attention sur les rapports possibles de la Folie à double forme et de la Paralyse générale, idée qui a surtout été défendue par M. Billod et reprise dans un mémoire spécial par un de ses élèves, M. Fane qui a publié sur ce sujet un mémoire dans les Annales médico-psychologiques.

16 9^{bre} 28

Fréquence relative de la Folie circulaire
dans le monde et dans les Asiles.
Causes d'erreurs nombreuses qui font croire
à sa rareté

Lorsqu'on cherche à faire des recherches dans
le personnel des Asiles d'aliénés, surtout
parmi les hommes, on trouve rarement des
exemples bien caractérisés de Folie circulaire
et l'on pourrait en conclure que cette forme
de maladie mentale est relativement très
rare et mérite peu, par conséquent, d'être
étudiée. Elle est plus fréquente, il est vrai,
chez la femme, mais lorsqu'on en découvre
et on s'en voit bien caractérisés et bien certains
dans le service des femmes d'un asile d'aliénés,
c'est certainement la moyenne de ce
que l'on peut rencontrer habituellement.
Aussi, comprend-on très bien que cette forme

de maladie mentale ait passé inaperçue, d'autant plus que pour l'observer convenablement il faut suivre les mêmes malades pendant de longues années et être attentif à la marche et à la succession des diverses périodes ce que peu de médecins ont l'habitude de faire, surtout dans les maladies très longues et très chroniques. On n'observe ordinairement les aliénés que dans les 15 premiers jours de leur entrée et on les laisse ensuite confondus, mêlés avec les autres malades chroniques, comme s'ils devaient toujours conserver les mêmes caractères de maladie et sans tenir aucun compte des transformations successives que peut présenter leur maladie.

De plus, les malades guérissent de l'accès de manie ou de l'accès de mélancolie et on les renvoie des asiles comme guéris d'un accès ordinaire de maladie mentale, sans savoir qu'ils ont présenté l'alternance des deux formes et sans pré-

voir que cette alternance continuera à se
produire dans l'avenir. Plus tard, lors-
que le même malade revient dans l'asile,
on ne relie pas le présent au passé. On
croit à une simple rechute de la maladie,
sous la même forme ou sous une forme dif-
férente et l'on se borne à constater qu'un
malade entre une 1^{re} fois à l'asile
pour un accès de Manie rentre une 2^{me}
fois avec un accès de mélancolie. On croit
encore à l'époque actuelle, à ces transforma-
tions possibles des maladies mentales et
l'on ne croit pas encore assez à la marche
fatale des maladies, commandées par
des lois générales qui dominent toute la
vie des aliénés, depuis leur naissance jus-
qu'à leur mort. De plus, on n'a pas
le soin de s'enquérir exactement de ce
qu'a été la vie du malade pendant
son séjour dans la famille ou dans la
société. Si l'on fait cette recherche

avec exactitude on découvrira qu'au lieu d'être resté réellement guéri et dans un état normal pendant son séjour hors de l'asile le malade a continué à présenter des phases successives, d'affaiblissement et d'excitation plus modérées et plus atténuées que celles que l'on observait chez lui pendant son séjour à l'asile mais néanmoins évidente pour un véritable observateur et que le cercle des états malades au lieu d'avoir été brusquement interrompu comme on l'avait cru, s'est continué au contraire sans interruption.

Une autre cause d'erreur très fréquente aussi c'est que l'un des deux états opposés peut passer inaperçu et être considéré comme l'état normal du malade, ce qui a lieu très fréquemment. On prend ainsi pour des accès de manie intermittente ou de mélancolie intermittente de véritables accès de folie à formes alternées. Tantôt l'accès de mélancolie et tantôt l'accès d'excitation passe inaperçu et est pris

pour l'état normal du malade. Et
bien, si toutes ces causes d'erreur exis-
tent pour les malades qui ont été en-
fermés dans les asiles combien les rencontre-
t-on plus souvent encore dans les cas
bien plus fréquents de folie à double
forme qui existent dans les familles ou
dans la pratique privée et l'on n'a jamais
songé à considérer comme des cas d'alié-
nation mentale. C'est là, dans la pra-
tique privée, dans la pratique civile, qu'il
faut étudier réellement cette forme de
maladie mentale, dans ses degrés les
moins accusés et l'on découvrira alors
que cette espèce de Folie qui paraît peu
fréquente dans les asiles, l'est beaucoup
plus en réalité qu'on ne l'imagine et
que sa description requiert une véritable
importance!

Diagnostic de la Folie Circulaire

Le diagnostic de la Folie circulaire paraît très facile à première vue. Quand les accès sont bien caractérisés et surtout quand on a pu observer plusieurs accès. Quand on a vu se succéder beaucoup par Ex. chez un aliéné, des accès de Mélancolie et des accès de Manie, d'une manière régulière, le diagnostic est certain. On peut alors affirmer que le malade continuera à présenter des accès de Folie à double forme pendant toute sa vie, soit d'une manière continue soit avec des intervalles de rémission plus ou moins prononcés. Mais il n'en est pas de même quand on a assisté à un premier accès de Folie à double forme, surtout quand on n'assiste qu'à un des stades de

l'accès. C'est ce qui explique pourquoi
cette maladie est restée si longtemps inco-
nue. On voyait des malades mélancoliques,
on les classait parmi les mélancoliques ;
ou les malades sortaient de l'asile, ren-
traient dans leurs familles. On ne savait
pas qu'ils avaient eu une période mélan-
colique maniaque après leur période mélan-
colique. De même pour les maniaques.
De sorte que, très souvent, on a classé
ces malades parmi les mélancoliques ou
les maniaques sans tenir compte de l'un
ou de la coexistence des deux formes.
Dans d'autres cas, le diagnostic est dif-
ficile parce que l'un des deux états,
l'un des deux états est atténué, tan-
dis que l'autre est très intense. Il y
a des malades qui ont des accès de
manie des plus violents et dont le stade
mélancolique est très atténué, très affai-
bli, de sorte que pendant cette période

ils passent pour des aliénés en état⁸⁷ de
guérison de l'accès de Manie et l'on ne
s'aperçoit pas que cet état de manie est
suivi d'une période de Mélancolie très
caractérisée.

L'inverse a lieu dans d'autres cas. Il y
a des cas, au contraire en effet, où c'est
l'état mélancolique qui domine, tandis que
l'état maniaque passe inaperçu. Il y a
donc déjà de grandes difficultés, rien que
pour constituer la maladie appelée Folie à
double forme, ou Folie circulaire. Mais le dia-
gnostic est également difficile à d'autres
points de vue. Il y a des malades dont
les accès sont si peu intenses, si peu carac-
térisés qu'ils passent absolument inaperçus.
Il y a souvent dans le monde des personnes
qui passent pendant toute leur vie par ces
états différents, sans passer pour des ma-
lades, bien loin de passer pour des aliénés.
Il semble que ce soit là de simples va-
riations de caractère. Pendant plusieurs

mais ces malades sont frustes ; ils s'is-
olent, ne font aucune visite, ne reçoivent
personne, s'enferment dans leur chambre,
quelquefois même restent au lit, mangent
peu, vivent à l'écart, sont en un mot
dans un état évident de Mélancolie dé-
pressive mais cet état de maladie passe
inaperçu. On croit que ces malades cèdent
à un caprice, à une variation d'humeur
et on n'y attache aucune importance. On
ne voit pas en eux des malades. On ne
sème pas surtout que trois ou trois mois
après, ces mêmes malades changent
complètement d'état, qu'ils deviennent
d'une activité étonnante, extraordi-
nairement. Ils vont et viennent, font de
visites, écrivent des lettres, se livrent aux
affaires les plus vives, font des voyages,
des spéculations, en un mot, une activité

89.
exagérée. Ils écrivent et font des mémoires,
il en est même qui font des communications
à l'institut. En un mot, ils ont un mou-
vement incessant, et il y en a beaucoup
comme cela dans le monde. Puis après 4,
5 ou 6 mois, ils retombent dans une période
d'accalmie et d'inertie. Alors ils ne font
plus rien, ils ne voient plus personne;
ils s'isolent, s'enferment dans leur cham-
bre et vivent à l'écart. Les malades,
selon les moments où on les observe, ressem-
blent à deux hommes différents dans le
même corps. Il semblerait que deux per-
sonnalités différentes. chez le même individu.
fait vraiment bien extraordinaire et que
l'on observe dans toutes les classes de la
société. Eh bien, dans ces cas, la maladie
paraît inaperçue. On croit à une simple
variation de caractère et dans la plupart
des cas du reste, on n'observe que l'un
des deux états. L'un des deux est seul

constaté par le public. Tantôt c'est l'état de Mélancolie et tantôt l'état d'excitation. Pendant l'excitation, leur intelligence est surexcitée, ils ont plus de facultés qu'à l'état normal, font même quelquefois des découvertes, trouvent des points de vue nouveaux, des aperçus ingénieux qui frappent l'attention. Loin de les considérer comme des malades, on les remarque, au contraire, comme des êtres intelligents doués de facultés exceptionnelles. Plus tard, ils tombent dans la Mélancolie mais personne alors ne les voit dans cet état et l'on croit que leur état habituel est l'état d'activité des facultés intellectuelles.

Il y a donc là une difficulté de diagnostic très considérable. Une autre difficulté pour diagnostiquer l'état d'excitation consiste à le différencier de l'état d'excitation hystérique de raisonnement que nous

91

avons décrit précédemment. Il y a, en effet, certaines hystériques raisonnantes dont l'état mental ressemble singulièrement à celui des malades atteints de Folie circulaire. Les hystériques inventent des histoires mensongères et ressemblent sous beaucoup de rapports aux malades qui se trouvent à une certaine période ou à un certain degré de l'excitation circulaire. Dans certains cas l'analogie paraît certaine complète et l'on ne peut alors arriver à un diagnostic de l'accès à un moment donné. Il faut donc se baser sur l'évolution générale de la maladie avant ou après l'accès observé et cette étude d'ensemble permet alors un diagnostic certainement scientifique.

Une autre difficulté du diagnostic différentiel de la Folie circulaire existe vis à vis de la Paralyse générale. Il y a, en effet, des malades dans la période d'excitation de la Folie circulaire qui présentent des idées de satisfaction et

de grandeurs très analogues à celles de l'ur
n' observe dans la période prodromique ou
dans la première période expansive de
la Paralyse générale. Dans ces cas d'exc
citation raisonnée simple avec désordre
des actes et surexcitation de toutes les fa
cultés la confusion est souvent possible
entre les deux états, et d'autant plus que
dans quelques uns de ces cas de Folie cir
culaire on constate même quelquefois, comme
dans la Paralyse générale, des symptômes
congestifs et un léger embarras de la
parole qui peut tréper à la confusion.
De plus, on a observé un certain nombre
de cas de Paralyse générale de forme
circulaire, c'est à dire présentant dans
la première période plusieurs alterna
tives de phases de dépression et de
phases d'excitation qui peuvent si
muler pendant quelque temps des ac
cès de véritable folie circulaire. Dan

93
Les cas difficiles le diagnostic scientifique
ne peut être établi que par l'étude at-
tentive de la marche générale de la
maladie depuis son début jusqu'au jour
ou l'on observe le malade et par l'ensem-
ble des symptômes de la Paralyse gé-
nérale opposés à ceux qui caractérisent
plus spécialement la Folie circulaire
c'est à dire par le tableau général des
deux maladies opposés l'un à l'autre
Cependant, il est 2 caractères sympto-
matiques qui, en dehors de la marche,
peuvent être très utiles pour établir
le diagnostic. Le 1^{er} repose sur ce
fait général que dans la période
d'excitation optimiste de la Paralyse
générale, même avec conservation d'une
grande activité intellectuelle, il existe
toujours pour un observateur attentif
des lacunes énormes de mémoire et
des traces évidentes de démen-
ce que l'on ne rencontre pas chez

les circulaires, même en état de grande excitation maniaque et que les idées délirantes des paralytiques sont plus absurdes, plus multiples, plus mobiles et plus contradictoires que celles des circulaires même les plus désordonnées. Enfin, le second caractère, très général, sinon constant, que l'excitation des paralytiques est plus bruyante que celle des circulaires qui est essentiellement muette et malaisante comme celle des hystériques.

A l'aide de tous ces caractères différentiels réunis misés dans l'étude des symptômes et de la marche des deux maladies on peut le plus souvent arriver à un diagnostic vraiment scientifique.

Étiologie de la Folie circulaire

La première question à aborder est celle de l'hérédité.

C'est une des plus héréditaires de toutes les maladies mentales.

Elle participe, sous ce rapport des caractères des caractères généraux des Folies intermittentes. En effet, les Folies périodiques et les Folies circulaires sont presque toutes héréditaires sous la même forme. C'est un fait indiqué d'une manière générale mais qui n'a pas été suffisamment étudié.

Pour moi (avec l'observation de mon père et la mienne) je puis signaler trois cas dans lesquels il m'a été donné de constater l'existence de la Folie circulaire sous la même forme pendant trois générations, la grand-mère, la mère et la fille, et ce fait se présente si souvent qu'il pourra être contrôlé par tous les observateurs. Donc, cette maladie

est essentiellement héréditaire.

Elle survient ordinairement après la puberté, sous l'influence de causes occasionnelles ou a attaché une grande importance à la suite de couches, d'une cause traumatique ou d'une maladie aiguë, comme la fièvre typhoïde ou même à la suite d'une cause morale, mais ces causes occasionnelles n'ont qu'une influence très secondaire, en regard à la cause principale qui est la cause héréditaire.

Dans d'autres cas, la maladie survient que plus tard, à un âge plus avancé, mais généralement quand elle se produit plus tard elle est également due à l'influence héréditaire car elle a existé chez les ascendants et s'est produite chez eux à la même époque.

Débute-t-elle par la Mélancolie ou par l'excitation? Ordinairement elle débute par la Mélancolie et même il y a quelquefois plusieurs accès mélancoliques avant que la maladie prenne définitivement la forme double ou alternante.

Fréquence. Il y a prédominance très marquée du sexe féminin; cependant, on observe chez l'homme des exemples très caractérisés. Dans un asile par Ex, vous aurez cette proportion = un seul homme atteint d'une manière évidente de cette forme de maladie mentale et 4 ou 5 Femmes et même davantage.

La fréquence de cette maladie, aussi bien dans un sexe que dans l'autre, est bien plus grande qu'on ne le croit pas au 1^{er} abord.

Quand on se borne à observer dans les asiles d'aliénés, on peut croire que les cas de ce genre sont très peu nombreux, à tel point que plusieurs médecins, même spécialistes, seraient disposés à nier l'existence de cette forme de maladie mentale, ou à la croire extrêmement rare. Or, il n'en n'est rien. Quand, au contraire, on observe dans le monde, on constate qu'il existe un grand nombre de malades atteints de Folie circulaire à des degrés atténués ou bien même à des degrés plus intenses, mais qui restent dans les familles, ou bien parce que les deux états n'ont pas une égale

intensité ou bien parce que l'un des cercles
seulement est très caractérisé tandis que
les autres sont beaucoup plus faibles et
atténués de sorte qu'ils passent inaperçus.
On n'éprouve réellement le besoin de les pla-
cer dans les vides que lorsque les deux pé-
riodes de Melancolie et d'excitation sont
très intenses et ne permettent plus absolu-
ment le séjour des malades dans la famille
ou dans la Société.

Pronostic de la Folie circulaire

Le Pronostic est très grave puisque cette maladie, une fois bien caractérisée, dure pendant toute la vie des malades qui en sont atteints à des degrés divers. Cependant pour poser un pronostic plus exact, il faut tenir compte de toutes les variétés de marche, que nous avons décrites précédemment. Ainsi, par Ex., on peut annoncer que certains cercles seront atteints au point de simuler une guérison ou bien dans les cas d'intervalle lucide prolongé comme ceux admis par Baillarger comme constituant une Folie intermittente à double forme, on peut porter un pronostic plus favorable, puisque cet intervalle lucide peut passer pour une guérison comme dans toutes les Folies intermittentes.

Historique de la Folie Circulaire .

Cet historique est bien fait dans l'ouvrage de Pritti .

1.^o Mentions de l'alternance dans les auteurs de l'antiquité .

2.^o Id dans les auteurs qui ont précédé Pritti .

3.^o Dans Pinel et Esquirol .

4.^o Dans les ébénés directs

5.^o En 1854 , mon père et Baillarger (discussion sur la priorité à l'académie française de médecine)

6.^o Développement de cette question depuis cette époque . Legrand du Saulle : Discussion de Baillarger . Auteurs allemands : Griesinger (Cyclo) Krafft Ebing , Lacheyer , Delmar , Birn , Schüle .

7.^o Ouvrage de Pritti et de Bardet (Prix Gobet à l'Académie)

- 8.^o Bon mémoire dans les Archives
 9.^o Leçon de Ball.

14 9^{bre} 78

Symptômes physiques de la Folie Circulaire

Les symptômes physiques sont plus nombreux qu'on ne s'en imagine ordinairement et mériteraient une étude plus attentive, à l'aide d'observations prises avec soin. Ils diffèrent pendant la période mélancolique et pendant la période maniaque.

Période Mélancolique. La peau est sèche, il y a amaigrissement, diminution de l'appétit, ralentissement extrême de la circulation; mains bleuâtres et œdématisées; pieds froids, abaissement de la température, diminution des sécrétions. En un mot, toutes les fonctions semblent suspendues comme chez les animaux hibernants pendant la

période de sommeil. Dans les Archives cliniques de Baillarger, on cite une observation où le pouls était descendu à 45° degrés et où la température avait notablement baissé. Il y a souvent aussi pendant cette période digout pour les aliments pouvant aller, dans les cas extrêmes, jusqu'au refus absolu.

Dans quelques cas extrêmes, la Mélancolie va jusqu'à la stupeur.

Période d'excitation. Pendant cette période, on observe les phénomènes physiques précisément inverses. Il y a exubérance de santé et de bon être. Toutes les fonctions physiques sont surexcitées et d'une activité exagérée. L'appétit est excessif. Les malades mangent constamment, d'une manière irrégulière et malàpropre. Il y a retour de l'embonpoint, face congestionnée, pouls vibrant et accéléré, exagération de la force musculaire, absence de sentiment

de fatigue, insomnie, mouvement perpétuel, et de plus, dans les cas extrêmes, quelques symptômes de congestion qui peuvent même quelquefois faire croire à un commencement de Paralyse générale, surtout lorsqu'il s'y joint un commencement de délire expansif, optimiste, quelques idées de grandeur, la disposition aux achats, aux cadeaux, aux dépenses exagérées. Il y a alors quelquefois, léger embarras de la parole, inclination légère du tronc d'un côté, titubation légère etc etc. Ces symptômes congestifs qui se produisent de temps en temps, dans la Folie circulaire, la rapprochent non seulement de la manie congestive et de la Paralyse générale, mais aussi des accidents congestifs des folies raisonnantes, avec lesquelles cette période d'excitation a, du reste, tant d'autres points de contact.

Anatomie pathologique de la Cotie circulaire.

On a eu rarement l'occasion de faire des autopsies de malades atteints de cette forme de maladie mentale. Ils meurent ordinairement à un âge assez avancé et dans tous les cas on trouve quelques uns de ces malades âgés de 70 ans et même davantage. J'ai fait à la Salpêtrière, autrefois dans le service de mon père, l'autopsie de M^{me} Leroy, qui avait été atteinte pendant de longues années, de cette maladie et j'ai trouvé chez elle les signes d'une méningite chronique (opacité et épaississement des méninges, ténacité sous arachnoïdienne, etc etc.) Mais le cerveau lui-même quoique congestionné dans son ensemble paraissait à peu près à l'état normal. Ce qu'il faut noter, c'est qu'en général

Les malades meurent de congestions cérébrales ou d'accidents cérébraux aigus. Ils ont des ~~et~~ dispositions à la l'arabesie et aux accidents cérébraux de nature congestive, ainsi que l'indiquent quelques symptômes observés chez eux pendant les périodes d'excitation.

Traitement de la Folie Circulaire.

C'est une maladie très grave dont la marche est presque fatale et dans laquelle on ne peut espérer que des rémissions plus ou moins prononcées ou plus ou moins prolongées.

On n'arrive même pas, en général, par les moyens appropriés, à diminuer par des médicaments, l'intensité ou la durée des périodes de mélancolie ou d'excitation.

sur lesquelles les médicaments les plus actifs ne semblent pas avoir de prise. Cependant, on a essayé quelques moyens pour diminuer l'intensité et la durée des accès. On a employé par exemple le sulfate de quinine, surtout dans les cas à courte échéance dans lesquels les périodes ne durent par exemple, que 2 ou 3 jours et constituent ainsi une véritable forme intermittente ou périodique et on a cité quelques cas de guérison. (Légrand du Saulle) Dans d'autres cas, on a essayé les injections de morphine, la digitale, le bromure de potassium etc, qui ont paru atténuer l'intensité, soit de l'excitation, soit de la dépression mélancolique, mais dans la plupart des cas, tous ces médicaments, même l'hydrothérapie, n'exercent aucune influence pendant la période d'état ou d'intensité des accès, et

et lorsqu'ils paraissent avoir agi d'une manière favorable, à la période de déclin de la maladie, on peut se demander si la diminution de l'accès est due à l'action du médicament ou à la décroissance graduelle et brève de la maladie, c'est à dire à sa marche naturelle.

Fin de la Leçon sur la Folie Circulaire en 1886

Étiologie. La maladie est caractérisée non seulement par les symptômes précédemment décrits, mais aussi par l'hérédité.

Il est remarquable, en effet, que cette maladie qui peut tourner, dans quelques cas, à la suite de causes occasionnelles quelconques, telles qu'une chute sur la tête, une blessure, une émotion violente et presque toujours essentiellement héréditaire et se produit souvent sous une forme si-

74
mulaire, chez les ascendants et chez les descen-
dants. Mon père et moi nous avons observé
des malades atteints de cette forme de mala-
die pendant trois générations, la grand mère
la mère et la fille, atteintes de la même ma-
ladie sous la même forme.

Elle peut survenir à la suite d'une chute
sur la tête, d'une maladie aiguë et
d'un accouchement mais l'hérédité existe pres-
que toujours à titre de prédisposition.

Elle est beaucoup plus fréquente chez la femme
que chez l'homme. Dans certains asiles on
ne peut pas trouver un seul homme at-
teint de cette maladie tandis qu'on trouve
toujours plusieurs femmes dont la maladie
est très caractérisée. Du reste, la fréquence
de cette maladie est bien plus grande
qu'on ne l'imagine à première vue. On
la croit rare et elle l'est, au contraire.
Très fréquente parce qu'elle est la plus
souvent méconnue et passe presque presq.

toujours inaperçue, ce qui explique pourquoi elle a
 échappé si longtemps à l'attention des observa-
 teurs. Il y a, à cela plusieurs causes faciles
 à comprendre. La 1^{re}, c'est que la plupart
 de ces malades vivent dans la société et non
 dans les asiles d'aliénés. Il
 n'y a jamais dans les asiles d'aliénés. Il
 y a, dans le monde, beaucoup plus de person-
 nes qu'on ne croit qui passent leur vie dans
 l'alternance de deux caractères absolument op-
 posés. Pendant un certain temps, leur exis-
 tence reste cachée, ils fuient le monde, restent
 dans leur chambre et quelquefois même dans
 leur lit. Ils négligent de s'habiller ou ne
 s'habillent qu'à moitié et vivent seuls, dans
 une grande malpropreté. Ils passent ainsi
 plusieurs mois pendant lesquels ils ne parais-
 sent nulle part, par conséquent cet état
 passe inaperçue par le public. Mais, plus
 tard, ils changent de forme. Il semble qu'
 une nouvelle personnalité soit entrée en eux.
 Les malades se montrent alors partout, ils
 sortent, vont au spectacle, écrivent des lettres,

se livrent aux actes les plus insensés, aux excès alcooliques, à toutes sortes de désordres et, comme on ne les voit que pendant cette période, on croit que c'est là leur caractère habituel et l'on ne sait généralement pas que, pendant d'autres périodes de leur existence, ces malades sont mélancoliques, affaiblis, inertes et souvent même atteints de mutisme volontaire. Il y a un grand nombre d'individus de ce genre qui vivent ainsi dans la société, sans être jamais considérés comme des aliénés, fait très important à signaler pour la médecine légale et surtout au point de vue des testaments. Il arrive fréquemment, en effet, que des individus font, dans cet état, des testaments qui sont validés par des magistrats et invalidés par d'autres, parce que les uns considèrent ces états comme de simples fureurs

111

riées de caractère tandis que les autres
y voient une véritable folie partielle se
manifestant surtout par les actes.

La connaissance de ces faits cliniques est
également très utile pour la recherche de
l'hérédité des maladies mentales. On retrouve
en effet, souvent parmi les ascendants des
aliénés enfermés dans les asiles, des exem-
ples de parents qui ont vécu en liberté en présen-
tant les caractères de l'état que nous
venons de décrire et qui ont donné nais-
sance à des enfants ayant des formes de
folie plus intenses et plus caractérisées que
la leur.

Le diagnostic différentiel de la Folie circu-
laire est souvent très difficile. D'abord,
cet état de maladie passe souvent in-
aperçu, n'étant pas considéré comme une
maladie mentale. On les regarde comme
des originaux, des excentriques, des gens
bizares et non comme des aliénés. Ils

restent en liberté, dans leurs familles ou dans la société. On ne songe pas à les enfermer dans les asiles. Dans ces cas, il faut observer les malades pendant long-temps et suivre attentivement leurs diverses périodes pour pouvoir établir le diagnostic d'après les caractères que nous avons mentionnés précédemment.

Une autre difficulté du diagnostic réside dans la confusion possible avec la période d'excitation prodromique ou la 1^{re} période d'optimisme de la Paralyse générale qui présente une grande analogie avec la Folie à double forme. Les paralytiques présentent des alternatives assez rapprochées de délire hypochondriaque et de délire de grandeurs sur lesquelles on a attiré l'attention avec raison sous le nom de Paralyse générale de forme

circulaire et qui donne lieu à des erreurs de diagnostic assez fréquentes. N^o le D^r Billod et l'un de ses élèves, le D^r Fane, ont attiré les premiers l'attention sur ces faits cliniques intéressants.

Dans ces cas, une étude attentive et prolongée des symptômes psychiques prolongée physique et de la marche consécutive des deux maladies peut seule permettre d'établir le diagnostic avec quelque certitude. Les symptômes physiques eux-mêmes peuvent présenter quelque analogie, attendu que l'on observe quelquefois des symptômes congestifs et même un léger embarras de la parole pendant certaines périodes d'excitation de la Folie circulaire qui la font ressembler singulièrement à la période d'excitation de certains paralytiques généraux. Le délire des paralytiques généraux est ordinairement plus absurde et plus emmêlé de démenée dès le début, que celui des circulaires qui présente une grande netteté et une grande activité intellectuelle.

plus voisine de l'état normal de certains individus intelligents que de l'état de démence commençante.

Enfin, il y a comme signe distinctif, le caractère indiqué par Régis, de la bienveillance générale des paralytiques généraux opposés à la méfiance et au caractère satanique des circulaires. Mais ce caractère quoique très général et important par cela même, n'est pas absolu. Aussi, le doute peut-il subsister dans l'esprit du médecin même le plus exercé, quand il n'a observé qu'un seul accès et surtout qu'une seule période d'accès et il faut souvent attendre la production de nouveaux accès et la marche générale de la maladie pour affirmer avec certitude que l'on a affaire à une période de paralysie générale, ou bien à une folie circulaire bien caractérisée.

Le diagnostic différentiel est également

115

difficile, dans certains cas, avec certaines formes de la Folie hystérique. Il y a certaines hystériques aliénées atteintes de ce que nous avons décrit précédemment sous le nom de Folie raisonnante des hystériques, dont l'excitation loquace et caubérante présente les plus grandes analogies avec la période d'excitation maniaque simple des Folies circulaires. Le diagnostic différentiel est quelquefois si difficile qu'il faut observer plusieurs périodes et plusieurs accès avant de pouvoir affirmer que l'on a affaire à une Folie circulaire vraie et non à une simple Folie hystérique (voir les caractères de la Folie ^{hystérique} raisonnante que nous avons décrits précédemment.).

Le Pronostic de la Folie circulaire est grave. En effet, elle guérit très rarement, nous n'en avons jamais vu guérir. Mon père a déjà indiqué ce pronostic d' incurabilité dans la gazette des hôpitaux en 1821, en ajoutant

tant qu'il était bizarre que deux états
maniaques et mélancoliques qui, pris sépa-
rément, étaient plus curables que d'autres
états du même genre, acquerraient une vérita-
ble incurabilité quand ils se trouvaient réunis
chez un même malade pour constituer par
leur succession régulière la forme circulaire
de la Folie.

Lorsqu'un malade a été atteint successivement
de plusieurs accès de Folie circulaire presque
toujours ^{cette maladie} se perpétue sous la même forme
chez cet aliéné pendant toute sa vie jusqu'à
la mort avec de simples différences de de-
grés d'intensité dans les accès ou dans
chacune de ses périodes. Tous les cercles ne
sont pas identiques à eux-mêmes chez
le même malade. On peut observer suc-
cessivement deux cercles très intenses et
ensuite d'autres cercles plus atténués

112

qui peuvent même passer inaperçus, soit dans la période mélancolique, soit dans la période maniaque ou dans les deux à la fois. On voit alors des malades de ce genre sortir des asiles et rentrer dans leur famille et alors l'alternance des deux états qui continue passe inaperçue parce que ces deux états sont atténués d'une façon très notable, atténuation des cercles qui peut durer pendant plusieurs années jusqu'à ce qu'un nouveau cercle plus intense survienne et oblige alors à repiquer les malades dans les asiles d'où ils étaient sortis comme guéris plusieurs années auparavant. Cette variété fréquente dans les degrés d'intensité des différents cercles que nous avons signalés à propos de la marche de la maladie mérite d'être rappelée au point de vue du pronostic parce qu'on peut à tort prendre ces simples diminutions d'intensité de la maladie pour de véritables guérisons. De plus, il y a certains accès très intenses qui ont une durée très courte et d'autres moins carac- térisés qui ont une très longue durée. Certains malades restent quelquefois ainsi

ou six ans dans l'état mélancolique ou
dans l'état maniaque. La durée de l'inter-
mittence entre les accès est quelquefois égale-
ment très variable, tantôt très courte et tantôt
très longue, de sorte que l'on peut commettre
beaucoup d'erreurs dans le diagnostic et le
pronostic de cette maladie. Mais on peut
proposer en principe que dès lors que l'on a con-
staté bien clairement l'existence de plusieurs
cycles de Folie circulaire chez un malade
alors même qu'il paraît guéri momentanément
on doit redouter le retour d'un nou-
veau cycle présentant la même succession
de l'état mélancolique et de l'état ma-
niaque. La Folie circulaire ou à double
forme est donc une maladie grave puisque
elle ne guérit jamais d'une manière d'ir-
récusable, mais, comme nous l'avons déjà
dit précédemment, elle ne se transforme
pas et n'aboutit jamais à la démence.
On les retrouve à 70 ans dans le même

état qu'à 29 ans, aussi actifs de corps et d'esprit, aussi vifs et aussi entreprenants que dans la jeunesse. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'observer des malades de ce genre et un homme en particulier que notre position personnelle nous a permis de suivre pendant 47 ans. Il est d'un accident congestif mais présentant presque le même degré d'activité intellectuelle que pendant la jeunesse.

Les symptômes congestifs se produisant à divers intervalles pendant la vie, dans la période mélancolique mais surtout dans la période maniaque, dont nous avons parlé précédemment à propos de la marche de la maladie méritent d'être rappelés au point de vue du pronostic, attendu que l'on doit toujours prévoir l'apparition et que l'on doit savoir à l'avance qu'ils peuvent déterminer la mort de ces malades. Médecine légale de la Folie circulaire. Dans les cas très caractérisés de Manie simple

ou précédés d'une période mélancolique très
intense et très prolongée, l'existence de la
maladie mentale et son irresponsabilité ne
peuvent faire aucun doute pour personne.

Mais il n'en n'est pas de même dans les
cas moins évidents de Folie circulaire c'est-à-dire
lorsque les malades, au lieu d'être enfermés
dans les asiles sont en liberté dans la société
ou dans leur famille. Comment apprécier
alors la valeur légale des actes auxquels
ils se livrent aussi bien des actes civils
que des actes criminels. C'est là une de
questions les plus délicates de la médecine
de la Folie. D'abord, il y a les in-
tervalles lucides, pendant lesquels les
malades recouvrent momentanément
toute leur liberté morale, quand l'inter-
valle lucide est complet. Ils doivent
alors être considérés comme responsables de
leurs actes et comme pouvant faire des

actes civils variables

Mais pendant les accès de Manie ou de Démon-
coïté caractérisés, comment déclarer qu'ils
sont responsables de leurs actes civils tout
variables? La difficulté n'existe pas pour
les accès très intenses et très caractérisés de
ces malades enfermés dans les asiles et au
sumum de leurs accès. Mais dans les
périodes de transition entre l'un et l'autre
et dans les périodes de simples rémissions
qui ne sont pas le véritable intervalle lucide.
En réalité, on ne peut admettre la pleine res-
ponsabilité que pendant l'intervalle lucide
vrai. Il en est des circulaires comme des
Epileptiques. Lorsqu'ils sont en plein accès
de délire, ils sont irresponsables et lorsqu'ils
sont dans un état intermédiaire, on peut
se demander jusqu'à quel point la respon-
sabilité existe malgré les apparences de
raison, et puisqu'il y a doute dans les
états mixtes, ils doivent alors profiter
au bénéfice de l'irresponsabilité. Les triomphes

lous étant évidemment dans ce sens limité
ou dans celui de la persistance complète
du libre arbitre.

La médecine légale des circulaires est surtout
difficile parce que beaucoup de ces malades
vivent dans la société ou dans la famille
et ne sont pas enfermés dans les asiles.
Aussi les testaments faits par eux dans ces
conditions sont ils souvent très difficiles à
apprécier après leur mort d'après les témoi-
gnages très incomplets et contradictoires
des personnes qui ont vécu avec eux.

Les uns sont invalides d'après les témoi-
gnages du testament et les autres au
contraire, ou bien ne sont contestés par
personne ou bien sont validés par les ma-
gistrats et même par les médecins.

On ne pourra perfectionner la médecine
légale de la folie circulaire que par
une étude de plus en plus complète

123
de cette forme de maladie mentale, de ses
degrés et de ses variétés de marche, et
plus on arrivera à la connaître exactement
dans toutes ses phases et dans tous ses
détails et plus on sera convaincu que ces
malades sont de véritables aliénés et de-
voient Jouir presque toujours même dans
leurs meilleurs moments du bénéfice de
l'irresponsabilité.

Médecine légale de la Folie circulaire

La médecine légale de cette maladie a été très peu étudiée, car on a rarement l'occasion de se prononcer sur des cas de ce genre mais elle est extrêmement difficile, comme je l'ai déjà indiqué précédemment. Il y a d'abord les cas légers qui peuvent passer pour de simples variétés de caractère pour des modifications dans l'humeur des individus qui en sont atteints et dans lesquels on ne peut affirmer que l'on a affaire à une véritable folie caractérisée pouvant priver l'individu du libre arbitre, de la responsabilité. Ce sont là des cas voisins de l'état de raison, dans lesquels il est bien difficile de se prononcer.

C'est surtout difficile à juger au point de vue des actes civils et en particulier

des testaments. Les malades sont alors tellement voisins de l'état normal qu'il est très difficile d'affirmer que l'on a affaire à un véritable aliéné, qu'on peut priver de ses droits civils.

Il n'en est pas de même dans les cas très caractérisés pour les malades enfermés dans les asiles, lorsque l'état maniaque ou l'état mélancolique sont très caractérisés et très intenses. Dans ces cas, le doute n'est plus possible pour les périodes d'accès, mais il revient pour la période de rémission ou d'intervalle lucide si l'acte si l'acte civil a été fait pendant l'intervalle lucide vrai, il doit être regardé comme valable mais la difficulté pratique augmente à mesure que l'on connaît mieux les variétés de marche et les degrés différents d'intensité et de durée des diverses périodes de la Folie circulaire que nous

avons signalées précédemment et qu'on se
rencontre dans la société. Et ces individus
qui vivent dans le monde, qui sont des
descendants d'aliénés, qui ont passé 15 et
20 ans de leur vie dans des alternatives de
dépression et d'excitation, laissent après
leur mort, s'ils disposent de leur fortune,
en faveur de telle ou telle personne de
leur famille, ou en faveur d'étrangers,
comment affirmer après leur mort qu'ils
ont été véritablement aliénés et qu'on doit
casser leur testament? Il y a là une
difficulté énorme qu'une étude clinique
plus attentive et plus complète des
diverses variétés de la Folie circulaire peut
seule permettre de trancher dans chaque
cas particulier, mais qui ne peut être
résolue d'une manière générale et abso-
lue. Car la médecine légale de la
Folie circulaire sera toujours l'une des

127.

plus difficiles de la Pathologie mentale, à cause des variations d'état chez le même individu d'un moment à l'autre, à cause des intervalles lucides plus ou moins complets et plus ou moins prolongés, de la difficulté de distinguer l'intervalles lucide vrai de la simple rémission et à cause du séjour habituel de ces malades dans le monde et dans la famille et non dans les asiles d'aliénés.

Du reste, jusqu'à présent, on a eu rarement l'occasion d'appliquer à ces cas la médecine légale, parce que la plupart d'entre eux passent inaperçus et ne sont pas considérés comme des cas d'aliénation mentale et si ces malades font des testaments, ils sont généralement considérés comme valables et ne donnent lieu à aucune contestation.

M^r Legrand du Saulle dans son ouvrage n'a cité que deux autres exemples

de ce genre. M. Oite n'en cite qu'un
La médecine légale de la Folie circen-
laire est donc à faire toute entière

Médecine légale de la Folie Circulaire

Le chapitre est un des plus difficiles à traiter, dans l'état de nos connaissances. S'il ne s'agissait que des cas extrêmes dans lesquels la Manie et la Mélancolie sont complètement caractérisées et l'aliénation mentale évidente pour tous (comme cela a lieu chez certains malades enfermés depuis longtemps dans les asiles d'aliénés) rien ne serait plus facile que de proclamer leur irresponsabilité, soit au point de vue civil soit au point de vue criminel.

Mais sans parler des périodes d'intervalles lucides qui se produisent entre les accès de Manie et de Mélancolie et pendant lesquels on doit admettre le retour momentané de la responsabilité (à moins que cet intervalle ne soit très court et très incomplet) que penser de ces cas dans lesquels les accès de Manie et de Mélancolie sont tellement alternés dans l'ensemble de leurs symptômes

Âmes que les malades ont seulement une modification d'humeur sans avoir perdu la raison, sentent eux-mêmes qu'ils jouissent encore de leur libre arbitre et sont jugés tels par leur famille et par tout leur entourage. Les malades n'ont jamais été enfermés comme aliénés et ne sont pas considérés comme tels, et cependant un médecin attentif, expérimenté et bon ~~examen~~ observateur ne peut pas méconnaître chez eux l'existence de deux états opposés qui représentent comme deux hommes totalement opposés, totalement différents, dans le même corps selon les moments où on les observe.

Est-ce bien que penser, par Ex, de la valeur d'un testament fait dans l'une ou l'autre de ces deux conditions mentales? Lorsque le malade est dans la Mélancolie et voit tout en noir, il peut, sous l'influence de ses idées tristes qui lui font apparaître le monde entier comme hostile et décoloré,

521
donner la fortune à certaines personnes ou à
certaines institutions en rapport avec ses idées
du moment tandis que dans la période inverse,
alors qu'il verra tout en beau, sous des cou-
leurs favorables, sans crainte et sans défiance
et sous un prisme optimiste, il aura des
des dispositions toutes différentes envers les
choses et les personnes et il pourra deserten-
cense ou il avait, au contraire, favoriser pen-
dant l'autre période de la maladie. Une
autre difficulté plus grande encore se pré-
sente souvent dans la pratique. L'une des
deux périodes seule est considérée comme
une période réellement morose. C'est tan-
tôt la période mélancolique et tantôt la
période maniaque, selon les sujets, tandis que
l'autre période est envisagée par le malade
lui-même et par sa famille et son en-
tourage, comme étant son état réellement
normal. Tandis que tous l'observateur
expérimenté et qui connaît bien cette ma-
ladie, ces deux périodes sont également
maladies quoique l'une d'entre elles ait

des caractères évidemment moins accusée
que l'autre.

Dans ces cas difficiles, comment se prononcera
le médecin légiste? Sera-t-il de l'avis du
Jury et du malade, ou bien suivra-t-il
l'avis du médecin plus expérimenté? La
perplexité sera grande; car rien n'est diffi-
cile comme d'émettre une opinion sérieuse
dans ces cas délicats qui sont certainement
les plus litigieux de la médecine mentale
et ceux où la limite est la plus difficile
à poser entre la raison et la Folie!

Medicine légale :

— Très difficile et peu étudiée jusqu'à présent,

— Dans les cas très caractérisés c'est très simple

Mais sans parler des intervalles lucides vrais ou l'on peut admettre la responsabilité, il y a :

1^o Les cas d'actes atténués, pendant lesquels on peut discuter la responsabilité

2^o Les cas où une seule période est considérée comme morbide.

3^o Les périodes de transition et de simples rémissions.

4^o La question des testaments.

Phrase terminale pour la Médecine légale
de la Folie circulaire.

« On ne pourra perfectionner la médecine légale
de la Folie circulaire que par une étude de
plus en plus complète de cette forme de
maladie mentale, de ses degrés et de ses va-
riétés de marche, et plus on arrivera à la
connaître exactement dans toutes ses phases
et dans tous ses détails et plus on sera
convaincu que ces malades sont de véritables
aliénés et devraient jouir presque toujours même
dans leurs meilleurs moments du bénéfice
de l'irresponsabilité »

3^e 2^{re} 28

Diagnostic différentiel.

- 1^o Dire qu'il y a beaucoup d'observations de Folie circulaire prises à tort pour des Folies raisonnantes (voir plusieurs observations dans le livre de Briet)
- 2^o Etablir le diagnostic différentiel de la période mélancolique avec les diverses variétés de la mélancolie et surtout la mélancolie avec stupeur, et de la période d'excitation avec la Manie ordinaire, la Folie raisonnante et la Folie hystérique.
- 3^o Indiquer les causes d'erreur du diagnostic qui résultent de ce qu'un des états est très atténué et passe inaperçu. On croit alors à une manie simple ou à une mélancolie simple, l'autre état passant pour de l'état normal.

4.^o Etude comparative de la période d'excitation de la Paralyse générale au début ou manie congestive, et de la période d'excitation de la Folie circulaire; diagnostic différentiel souvent très difficile.

Diviser le chapitre du diagnostic différentiel en 3 parties.

1.^o Diagnostic de l'état de Folie et de l'état de raison.

Dans le stade mélancolique comme dans celui d'excitation. Il y a, sous ce rapport, des cas très difficiles où il est presque impossible de décider, s'il y a raison ou Folie et par conséquent responsabilité civile ou criminelle, ou possibilité de séquestration. (Ex. la malade de Charenton dont m'a parlé le Dr Fauré, pour laquelle l'état de Folie, malgré l'excitation évidente, paraissait douteux.)

2.^o Diagnostic de l'état dépressif et des dé-

132
verses variétés de la Mélancolie surtout la stu-
peur, et de l'état d'excitation avec la même
ordinaire. la Folie raisonnée et la Folie
hystérique. Pour cette dernière, il y a dans les
deux cas, disposition à la malveillance et inven-
tions mensongères, mais dans la Folie circulaire
il y a réellement plus d'excitation maniaque
vraie, de désordre dans les actes et de bizarre-
ries de costumes avec action de ramasser
dans ses poches et dans ses tiroirs, que dans
la Folie hystérique où les malades conservent^{ntes}
plus d'apparences de raison, posent davan-
tage, sont plus comédiennes, tout en étant
très disposées aux actes violents instantés,
mais de courte durée et avec plus de calme
habituel.

3^e Diagnostic différentiel entre l'excitation
de la Folie circulaire et la période expan-
sive ou congestive de la Paralyse générale
au début. Dans les deux cas, il y a sen-
timent de bien être et d'exubérance de santé
et disposition générale à la disposition, mais
dans la Paralyse générale les idées délirantes
sont plus multiples, plus absurdes et plus

contradictoires et il y a, dans toutes, un fond de démence qui n'existe pas dans l'excès, non de la Folie circulaire.

Plan de la leçon sur la Folie circulaire

- 1^o Historique depuis les anciens jusqu'à nos jours.
- 2^o Description symptomatique de la maladie
 - 1^o Période de dépression
 - 2^o Période d'excitation
 - 3^o Passage d'une période à l'autre ou intervalle lucide
- 3^o Marche générale de la Maladie
 - 1^o Evolution de l'accès
 - 2^o Evolution générale de la maladie
- 4^o Diagnostic différentiel.

- 1^o Avec la Manie ou la mélancolie
périodique
 - 2^o Avec la Folie hystérique ou raisonnée
 - 3^o Avec la Paralyse générale
 - 5^o Étiologie. Héritéité; âge, Sexe. Fréquent
dans les asiles et bien plus grande dans le
monde.
 - 6^o Pronostic. grave, mais on peut espérer
des suspensions ou des atténuations, pas
de passage à la démence.
 - 7^o Traitement; peu efficace. Combattre les
symptômes.
 - 8^o Médecine légale. Très difficile à cause des
cas légers qui ne sont pas encore ou ne sont
plus de la Folie.
-

La Folie circulaire.

Chapitre troisième.

1^o Étiologie.

2^o Fréquence

3^o Diagnostic différentiel

4^o Pronostic

5^o Anatomie pathologique.

6^o Traitement. Séquestration et médicaments.

7^o Médecine légale

8^o Historique

Donner moyen de citer au bas de la page

1^o Non cité : Gazette des hôpitaux
Cours de médecine mentale 1854 et Bul-
letin de l'académie, reproduit dans son
livre.

2^o Baillarger. Gazette hebdomadaire et
bulletin de l'académie et annales médica-
psychologiques.

3^o Pitti, traide de la Folie à double
forme.

Titre à trouver pour le 3^{me} chapitre
de l'article sur la Folie circulaire

Applications des données cliniques précédentes
au diagnostic, au pronostic, au traitement
et à la médecine légale.

Conséquences pratiques de l'Etude de la
Folie circulaire.

Troisième Partie.

Diagnostic - Etiologie - Pronostic -
Traitement - Médecine légale.

résumé de la marche de la Folie circulaire

1^o Période de début .

2^o Durée variable des accès

3^o Durée variable de chaque période dans un même accès

4^o Intensité variable des périodes et des accès

1^o chez un même malade

2^o chez des malades différents

5^o Degré atténué chez les malades observés dans le monde .

6^o Degrés plus intenses chez les malades observés dans les Asiles .

Résultats auxquels nous sommes arrivés après une observation prolongée .

1^o Ces malades n'aboutissent pas à la démence

2^o Les accès se raccourcissent avec l'âge dans leur ensemble et dans chacune de "

143

Leurs périodes ainsi que l'intervalle lucide qui tend à disparaître.

3^o Accidents cérébraux observés pendant la vie et déterminent quelquefois la mort.

Résumé de la marche de la Folie Circulaire (suite)

1^o Mode de début

2^o Durée variable des accès . et courtes et à longues périodes

3^o Durée variable de chaque période dans un même cercle .

Longueur de l'intervalle lucide

4^o Intensité variable de chaque stade chez le même individu et chez des individus différents .

Lois générales des Folies périodiques

5^o Les deux stades atténués à certains cercles, ou bien un seul stade atténué, l'autre étant très intense .

chez un même malade et chez des malades différents.

1^{re} catégorie. Forme de peu d'intensité et terminée dans le monde; degré le plus léger et le plus souvent inaperçu.

2^{me} Catégorie.

Deux degrés différents parmi les malades enfermés dans les asiles.

1^o Excitation maniaque simple ou état maniaque caractérisé.

2^o Dépression mélancolique simple ou mélancolie très caractérisée pouvant aller jusqu'à la stupeur.

Malgré ces diversités de durée et d'intensité, les malades présentent les mêmes caractères généraux pendant toute leur vie.

Résultats généraux auxquels nous sommes arrivés par suite d'une observation prolongée.

- 1.^o Les malades n'aboutissent jamais à la démence
 - 2.^o Les accès semblent se raccourcir avec les années et l'intervalle lucide tend à se raccourcir ou même à disparaître.
 - 3.^o Il existe des accidents cérébraux dans la période mélancolique et dans la période maniaque, accidents qui entraînent quelquefois la mort.
-

6 Juillet 89.

Sujets à traiter brièvement pour finir
l'article sur la Folie circulaire.

1^o Diagnostic différentiel.

1^o avec la Manie et la Mélancolie, périodique ou non.

2^o Avec la Folie hystérique ou raisonnée.

3^o avec la Paralyse générale, forme expansive ou période de début.

2^o Etiologie. Hérité. Age, sexe. Fréquence relative dans le monde et dans les asiles.

3^o Pronostic. Grave mais variable selon les variétés. On peut espérer des suspensions ou atténuations.

4^o Traitement. Peu efficace.

Médecine des symptômes
Légrand du Saulle, Sulfate
de quinine.

Question de séquestration.

5.^o Médecine légale. Très difficile à cause des cas légers et des périodes variables.

6.^o Historique. Discussions avec Baillargue.

16 Juillet 39.

Variétés de Marche de la Folie circulaire

- 1^o Période de début
- 2^o Durée variable des accès
- 3^o Durée variable des périodes dans chaque accès
- 4^o Intensité variable des périodes et des accès.
- 5^o Formes atténuées observées dans le monde
- 6^o Degrés plus intenses observés dans les asiles.
- 7^o La maladie n'aboutit pas à la démence
- 8^o Les accès se raccourcissent avec l'âge et l'intervalle lucide tend à disparaître.
- 9^o Accidents cérébraux passagers observés pendant la vie et pouvant déterminer la mort

28 juillet 89.

Terminer l'article sur la Folie circulaire par la phrase suivante :

(Plus on avancera dans l'étude clinique et scientifique des diverses variétés et des différents degrés de la Folie circulaire et plus on arrivera à se convaincre que ces individus même dans leurs meilleures périodes sont des malades et de véritables aliénés et que l'on doit presque toujours, excepté pendant les phases d'intervalle lucide vrai, les exonérer de toute responsabilité leurs actes criminels et faire annuler et invalider leurs actes civils.

Preface

5 Juillet 89.

Ecrire une courte préface pour expliquer
pourquoi j'ai publié ces travaux anciens
malgré la période nouvelle de transition
dans laquelle nous entrons, pourquoi
j'attends encore pour publier mes leçons
cliniques et que mon intention est de
publier un second volume sur les Aliénés
(Assistance législative. Asiles d'
Aliénés et Médecine légale)

Pour la Préface.

- 1.^o Indiquer les noms de mon père, de Morel et de Laségue comme mes maîtres, dans l'introduction
- 2.^o Dire une phrase sur les conditions particulières dans lesquelles j'ai passé, mon existence et qui m'ont fourni une expérience précoce.
- 3.^o Parler de la classification dont on a conservé la façade mais dont l'intérieur est détruit
- 4.^o Nous sommes à une époque de transition ; l'édifice est détruit mais il n'est pas reconstruit
- 5.^o Parler des conquêtes déjà faites et acquises à la science et des

régions encore inexplorées à découvrir
dans l'avenir. La science est à faire
et n'est pas encore faite. Il ne faut
donc pas diagnostiquer aujourd'hui
l'pontife d'une Eglise orthodoxe et
excommunier les dissidents au nom
d'un dogme immuable qui n'existe
pas encore et il faut laisser un libre
champ ouvert à l'esprit de libre
examen.

Table des matières.

Préface.

- I Principes à suivre dans la classification des maladies mentales, 1866.
- II Terminologie des affections cérébrales 1866
- III Recherches sur la Folie paralytique et les diverses paralysies générales. 1893
- IV Des diverses Paralysies générales 1898
- V Diagnostic différentiel des paralysies générales, 1898
- VI La Paralysie générale est une forme spéciale de maladie mentale 1898
- VII Variétés cliniques de la Paralysie générale 1898
- VIII De la Catalepsie 1898
- IX Théories physiologiques de

L'Épilepsie 1862

X Etat mental des Épileptiques 1860

XI Troubles du langage et de la mémoire
des mots dans les affections cérébrales
1864

XII Folie raisonnante ou Folie morale. 1.
discours 1866

XIII Folie raisonnante ou Folie morale.
second discours. Réponse à M.
Delasiaume 1866

XIV La Folie à deux ou Folie commu-
niquee (en collaboration avec le Dr
Lasèque) 1877.

XV La Folie circulaire, ou Folie à formes
alternes. 1878 et 1879

22 juillet 89.

Citations à faire au bas de la page.

- 1.^o Mon père . Gazette des hôpitaux 1851
- 2.^o id. les Leçons cliniques en 1854 et son discours à l'Académie Janvier 1854
- 3.^o Baillarger . Mémoire dans la Gazette hebdomadaire . 2 discours à l'Académie en Janvier et Février 1854, et Articles dans les Annales sur la Folie circulaire
- 4.^o Legrand du Saule guérison d'une Folie circulaire par le sulfate de quinine et Testaments contestés pour cause de Folie .
- 5.^o Billod . Paralyse générale circulaire.
- 6.^o Fave , thèse sur la Paralyse générale circulaire
- 7.^o renvoi à mon livre pour la Folie hystérique , les caractères du délire

des paralytiques et l'état mental des
Épileptiques.

8.^o relever les erratas des bonnes feuilles
du titre pour en faire une rectification
à la fin du volume.

27 juillet 89

Idees à exprimer dans la Préface

1^o Je réunis ici, en un volume, des mémoires qui ont été publiés par moi à diverses époques de 1853 à 1878, dans différents recueils et surtout dans les Archives générales de médecine et dans les Annales médico-psychologiques, sur les Maladies mentales et les maladies nerveuses.

(Paralyse générale, Folie raisonnante, Folie à deux, Folie circulaire, Catalepsie, Epilepsie et Aphasie)

2^o Je me suis borné à les reproduire intégralement tels qu'ils ont paru à cette époque, en ayant le soin d'indiquer exactement en tête de chacun de ces mémoires, la date de leur publication et le recueil duquel ils sont extraits, afin de bien

constater l'année de leur apparition et
de ne pas étonner le lecteur par le contraire
qui peut exister de temps en temps en
les idées exprimées dans ces divers travaux
et l'état actuel de la science sur le même
sujet. Il est, en effet, des études renfer-
mées dans ce volume qui n'ont pas vieilli
et qui sont toujours en rapport avec
l'observation vraie des maladies mentales
telles que celles sur les caractères du
délire dans la Paralyse générale, sur
l'état mental des Epileptiques, sur
les diverses variétés de la Folie raisonnante
sur la Folie à deux et sur la
Folie circulaire; mais il en est d'au-
tres, au contraire, telles que celles sur
les diverses paralysies générales et
sur l'Aphasie, dans lesquelles la
science a évidemment progressé depuis

25 ou 30 ans qui auraient eu besoin
d'être remaniées et mises en rapport avec
les découvertes plus récentes qui ont mo-
difié sous ce rapport l'état de la science,
par ex. sur les rapports entre la para-
lyse générale et la syphilis et sur les
pseudo-paralysies générales et les études
nouvelles faites sur les localisations cé-
rebrales et l'Aphasie à l'étranger et
surtout en France sous l'influence de
Charcot et de ses élèves (Ecole de la
Salpêtrière)

Mais ces remaniements auraient exigé
une refonte complète de ces travaux et
nous avons préféré conserver leur véri-
table date, l'impression et le cachet spé-
cial de l'époque même où ils ont été
publiés

3^e Indépendamment des 15 mémoires que
je réimprime dans ce volume et qui sont
tous relatifs à des Etudes cliniques sur

les maladies mentales et nerveuses, j'ai
encore à faire paraître dans les mêmes
conditions, un second volume qui conten-
dra sous les autres travaux déjà publiés
antérieurement à diverses époques (dans
le même espace de temps de 1853 à 1878)
et qui sont relatifs à des questions concer-
nant la législation, l'assistance et les ariles
d'aliénés ; mémoires qui constitueront un
2^{me} volume semblable à celui que nous
publions aujourd'hui.

- Recueil d'articles présentant un caractère d'utilité générale et d'intérêt permanent.
- Travaux épars dans les recueils principalement dans les Archives de médecine et les Annales médico-psychologiques.
- Sur le conseil des parents et des amis, il a réuni en un volume les travaux épars dans les recueils.

23 Juillet 89.

Travaux à faire

- 1^o La préface du livre
- 2^o La table des Matières et l'errata
- 3^o Le discours d'ouverture du Congrès
- 4^o Le rapport sur les Obsessions, pour la 7^{me} séance du Congrès.

28 Juillet 89 .

Idees à exprimer dans la Preface ou dans le discours d'ouverture .

1^{re} J'ai eu 3 maîtres auxquels je dois tout : Mon père, Morel et Lasegue .

2^{re} Depuis Pinel et Esquirol, trois générations ont été sacrifiées aux mêmes idées et il est rare que dans une science quelconque des doctrines vivent aussi long-temps, sans modifications profondes et qu'une petite Eglise dogmatise à ce point sans conteste et sans dissidence.

3^{re} Aujourd'hui nous sommes dans une période de transition et de transformation de la science . Les doctrines anciennes et surtout la classification sont minées de toutes parts et on a ébranlé toutes les bases de l'édifice qui est lézardé.

47

dans tous les sens et dont toutes les divisions intérieures sont changées de fond en comble, mais la façade subsiste encore et l'on croit à la persistance de l'édifice tout entier alors que l'on n'en a conservé que les apparences extérieures. Il suffit d'un dernier coup de hache frappé par une main puissante pour démolir cet édifice qui craque de toutes parts.

4^e Mais pour le détruire réellement il faut avoir préparé les éléments d'un autre édifice pour le remplacer car on ne détruit réellement que ce que l'on remplace. Or, nous avons déjà quelques éléments qu'il suffit d'énumérer pour en faire comprendre toute l'importance et qui sont de véritables progrès acquis définitivement à la science depuis 50 ans. La paralysie générale, l'alcoolisme,

la Folie circulaire, le Délire de persécution, les Folies Epileptiques et Hystériques, les Délires émotifs et les Folies avec conscience, les Folies héréditaires, les Cérébraux et les Folies traumatiques enfin les travaux si nombreux entrepris sur les Aphasiques depuis la découverte de Broca. Mais ce sont là des terrains nouveaux, des régions nouvelles découvertes et bien décrites par des géographes qui ont même étudié et même délimité des contrées nouvelles à peine entrevues ou parcourues par les devanciers; ces régions nouvellement décrites sont maintenant acquises à la science et constituent un progrès sérieux, de nouvelles conquêtes en pays inconnus et aujourd'hui fortement occupées par nous dont nous ne devons pas nous laisser déloger. Mais il en reste beaucoup

d'autres encore mal connus et à peine
abordés par les pionniers de la science et
qui restent à découvrir et à décrire avec
soin. La science est donc en voie de
progrès ; notre domaine s'agrandit tous
les jours mais il reste encore beaucoup de
terres inexplorées et de terrains nouveaux
à conquérir et nous ne pouvons pas
dire que le champ de la science soit dé-
finitivement défriché et parcouru. Nous
ne devons pas nous borner, dès à pré-
sent, à une généralisation trop hâtive
et vraiment prématurée.

Discours d'ouverture
du Congrès
Notes.

24 juin 89

Projet de Classification pour la Statistique

- 1^o Manie
 - 2^o Mélancolie
 - 3^o Délire partiel
 - 4^o Délire de persécution
 - 5^o Folies liées aux névroses
 - 6^o Paralyse générale
 - 7^o Folies intermittentes
 - 8^o Folie circulaire ou à double forme
 - 9^o Folies toxiques
 - 10^o Démences = organique
 simple
 vésanique
 - 11^o Etats de débilité mentale, Imbecilité
 et idiotisme
-

30 Juillet 89

Notes nouveaux et Aphorismes
introduits par mon père dans La Psychologie
mentale.

- 1^o Folie circulaire
- 2^o Folie du doute
- 3^o Délire stéréotypé
- 4^o Phénomène.
- 5^o Tanfaron de la santé
- 6^o Débilité spasmodique
- 7^o Folie instinctive
- 8^o Délire systématisé
- 9^o Les mélancoliques sont plus absorbés
qu'attentifs
- 10^o Le monde est peuplé d'hommes intérieurement
- 11^o Les hommes sont plus bêtes que machines
- 12^o Les méridionaux s'agitent dans le

vide et ressemblent à une machine improductive qui userait toutes ses forces à se faire mouvoir elle-même. Les maniaques sont les porte-enseignes des asiles d'aliénés.

13.° Lasegue est un des hommes qui m'ont le plus étonné dans ma vie par la multiplicité de ses attitudes et par la facilité à improviser sur le champ et sans préparation intérieure sur n'importe quel sujet et de découvrir instantanément les aspects les plus variés dans les questions inapparence les plus simples. C'est un homme vraiment exceptionnel. Il y a en lui l'étage de plusieurs hommes supérieurs, dans les genres les plus différents, et pourtant, il ne laisse rien après lui!

14.° Gruenfeld a une mémoire vraiment extraordinaire et presque pathologique. Il retient involontairement et presque

Effectuellement tout ce qu'il lit, à tel point
que cette faculté exubérante devient pour
lui véritablement gênante car il est obligé
d'écarter avec peine tous les souvenirs qui
s'imposent à lui, malgré lui, quand il
veut donner à un sujet, la marque d'o-
riginité personnelle.

37 Juillet 89.

7^o Comparaison entre la Facade et l'intérieur de l'Edifice ; tout est déjà remanié à l'intérieur ; toutes les dispositions intérieures sont changées et métamorphosées, les cloisons démolies et d'autres appartenant d'autres divisions toutes différentes ont été substituées à l'intérieur aux divisions anciennes. La facade seule a été conservée intacte avec toutes les apparences de vétusté. Encore est-elle lézardée en tous sens et prête à s'écrouler elle-même pour faire place à une nouvelle facade dont les éléments sont déjà préparés. Dans les chantiers et n'attendent que la main puissante d'un nouvel architecte pour être coordonnés et réunis pour faire un nouvel édifice reconstruit en totalité à la place de l'ancien qui

menace ruine est sur le point de s'écraser
de toutes parts. La main d'un en-
fant suffirait pour le renverser mais il
faut un nouvel architecte pour édifier
un autre destiné à le remplacer et à
faire bonne figure en présence du public
qui assiste à ce travail de démolition lente
et successive.

L'attaque la plus violente dirigée contre cette classification a été le coup porté par Morel dans sa théorie des dégénérescences et sa classification étiologique.

Etablir le bilan des progrès de la médecine mentale depuis 50 ans.

Jeter un coup d'œil d'ensemble sur les progrès ou le mouvement de la médecine mentale depuis la mort d'Esquirol en 1840.

Etudier le mouvement de la médecine mentale, depuis 1840 jusqu'à ce jour.

Histoire de la Pathologie mentale en France depuis 1840

Jeter un coup d'œil d'ensemble sur le mouvement générale de la médecine mentale en France depuis le commencement de ce siècle.

— Attente portée à la classification et
aux doctrines de nos maîtres .

— Coup violent porté à ces doctrines

— Brèches faites dans l'édifice ou dans
le monument édifié par Pinel et par
Esquirol .

— Attaques violentes dirigées contre ces
doctrines .

— Efforts dirigés contre ces doctrines et
ayant pour but leur renversement .

— Essais ou tentatives de destruction di-
rigés et contre ces doctrines .

— Efforts tentés pour arriver à la destruc-
tion, à la démolition ou au renversement
de cet édifice .

Notes pour le Discours
et
le rapport du Congrès .

Membres de la Société morts
depuis son origine.

Bucher, Berise, Peisse, Garnier, Bourdin,
Terry, Parchappe, mon père, Félix Tassin,
Noivion, Moreau de Tours, Grélat, Morel,
Brière de Brismont, Lasèque, Légrand
du Laillé, Forille, Lurier, Brochin,
Dechambre, Fournet.

Membres qui se sont retirés :

Maury, Paul Janet, Lorisau, Calmeil,
Baillarger.

3 août 89.

Dans le discours d'ouverture, après avoir souhaité la bienvenue après avoir souhaité la bienvenue à nos confrères Français et étrangers, parler du congrès de 1878, de l'utilité des congrès en général et de celui-ci en particulier (indiquer brièvement l'intérêt des principales questions qui y seront traitées.)

Rappeler, à propos de celui de 1878, Bail-Largier et Lasegue un mot pour chacun d'eux) et à propos du congrès actuel, parler des personnes qui nous honorent de leur présence et en particulier de Roussel, rapporteur de la loi des aliénés au Sénat, de M. Barbier président de la cour de cassation qui a pris une

pari active au congrès de 1828, de Deia-
siane et Calmeil, présidents honoraires,
Parler aussi de la Société médico-psycholo-
gique ancienne, ayant un caractère
mixte (philosophique et médicale) rappe-
ler les noms des générations éteintes et
dire que la Société est en train de se renou-
veler par les jeunes.

5

Asiles d'aliénés

- 1.^o Colonies agricoles
- 2.^o Patronage des aliénés
- 3.^o Traitement dans la famille
- 4.^o La loi de 1838 ; ses modifications possibles et les dangers de ces modifications
- Points nouveaux abordés par le Sénat
- 7.^o Question des entrées
- 2.^o id. des sorties
- 3.^o Surveillance des aliénés dans leurs familles
- 4.^o Sorties à titre d'essai
- 5.^o Asiles pour les aliénés dits criminels
- 6.^o Inspections nouvelles départementales et centrales.

2
3 août 80.

Médecine légale

- 1^o Responsabilité absolue ou partielle
 - 2^o Anthropologie criminelle
 - 3^o Responsabilité des Epileptiques des alcooliques, des Arriérés et des Déments Similes ou apoplectiques.
- Céguesérations considérées comme arbitraires dans les Familles et dans les asiles publics ou privés.

Traitement

Question aujourd'hui très négligée
La clinique sert au traitement en éliminant les cas incurables et en concentrant l'attention sur les cas curables, divisés eux-mêmes, par catégories en

avec certaines indications. Médicaments
nouveaux = Iodurine Chloral, Anti-
pyrine, Chloral, etc etc essayés dans
plusieurs asiles. Psychothérapie, Électro-
télégraphie et suggestion essayés par
nos collègues Luchs et Voisin.

Question de séquestration dans les asiles.
Travail des champs, ateliers, Colonies
agricoles : essais de traitement dans les
familles et des aliénés en liberté.

3 août 89.

Plan du discours d'ouverture de la
meunière séance du congrès.

- 1^o Souhaiter la bienvenue à tous les mem-
bres adhérents du congrès français et
étrangers
- 2^o Rappeler le congrès de 1878 et donner
un souvenir et un regret à ceux qui sont
morts et absents Baillarger et Lasègue
ainsi que pour les membres honoraires
et les vice-présidents étrangers.
- 3^o Utilité des congrès pour l'avancement
de la science et les rapports de confraternité
et les échanges d'idées.
- 4^o Bilan des progrès de notre science
spéciale depuis 50 ans : Paralyse générale,
Alcoolisme, Folie circulaire, Délire de

persécution. Délire Érotique, L'Érédité et
dégénérescences. Délires émotifs, Éthasie
— localisations cérébrales. Les Cérébraux.
8° Nous sommes à une période de transi-
tion et de transformation. L'édifiée de
la classification de nos maîtres est en
partie détruite; il ne reste plus que la fa-
cade. Les divisions intérieures ont été
successivement renversées, mais nous n'a-
vons pas encore de nouvelle édifiée à
mettre à la place. Nous attendons le
grand architecte qui n'a pas encore ^{paru}
pour changer à la fois l'intérieur et
la facade.

Nous avons des régions déjà parcourues et
bien explorées, mais il en est d'autres
encore inconnues et à découvrir. Tous
les travailleurs doivent donc se mettre
à l'œuvre. Beaucoup a été fait mais
il reste encore plus à faire! N'ayons donc
pas la prétention de diagnostiquer in-

Cathedra au nom d'une Eglise orthodoxe
qui n'existe pas encore et que n'a pas
le droit de condamner et d'excommunier
les dogmes de la nouvelle Eglise, ne sont
pas encore admis par tous et n'ont pas encore
été promulgués d'une manière définitive

3 août 1889

Messieurs,

En vous remerciant du grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider cette année le congrès de médecine mentale mon premier devoir est de souhaiter la bienvenue à tous nos collègues Français et étrangers qui ont bien voulu répondre à notre invitation et contribuer par leur présence et leur active coopération au succès et à l'éclat de cette solennité scientifique internationale. Je dois également payer un tribut d'hommages à nos trois présidents d'honneur M. H. Calmeil, Deasiaume et Baillarger, ces trois derniers représentants des générations qui nous ont précédé, à ces trois vétérans de notre science spéciale encore pleins de vie et d'activité scientifique qui ont contribué

13

largement aux progrès de notre spécialité
depuis tant d'années et qui s'intéressent
encore si vivement à ses nouvelles conquêtes
et à ses progrès. Je dois de plus un
hommage spécial à M. Baillarges qui
a présidé avec tant de zèle notre précé-
dent congrès en 1878 et un souvenir
ému et reconnaissant à la mémoire de
mon maître et ami si regretté, le profes-
seur Lasegue qui, comme vice président
a pris une part si active à ce congrès de
1878, dont la parole si autorisée nous
fera bien défaut malheureusement aujour-
d'hui dans cette enceinte dans la direc-
tion de nos travaux et dont je sentirai
plus que personne l'absence dans cette
direction

3 août 89.

Choses à dire dans le discours
Pathologie mentale.

1^o La Paralyse générale.

Son histoire est à refaire.

Il faut faire pour les scléroses céré-
brales ce qu'on a fait pour les scléroses
médullaires.

- Dualité de Baillarger
- Genre et espèce ou variétés
- Plusieurs Paralysies générales d'après
Lasegue.
- L'Épilepsie et Paralyse générale
- Pseudo Paralysies générales

2^o Folie circulaire ou à double forme :

Progrès accomplis 1884 - Assimilée aux
folies intermittentes, ou séparée de elles.

3^o Alcoolisme - depuis Magnus Lüss
Etudes sur les signes physiques et délire

Subaigu . recherches expérimentales .
4^o Hérité et dégénérescences . Morel
et Magnan .

5^o Délirs émotifs . Obsessions . Folie avec
conscience . Délire du toucher . Syndrômes
Épisodiques . Nouvelles études sur les états
plus voisins de l'état normal et qui
étaient relégués en dehors du terrain habi-
tuel des Vésanies .

6^o Aphasie . Depuis la découverte de
Broca . En 1866 et aujourd'hui Charcot
et son École . De grands progrès ont été
accomplis qui réagissent sur toute la pa-
thologie mentale cérébrale par les nouvelles
études sur les localisations cérébrales .
Nous en aurons la preuve dans le congrès
même par les communications qui vont
être faites sur les phénomènes psycho-
moteurs .

7^o La classification . L'ancienne est dé-
modée et l'on en a pas encore recon-

truit de nouvelles .

1^o de Cinel et Esquirol, modifiée par leurs
élèves pendant 3 générations. Mon père,
Baillarger, Delasiaume .

2^o de Morel 1850

3^o de Magnan 1882

À la dernière séance de la Société on n'a
pas pu se mettre d'accord et on en a fait
un vote négatif .

17
7 août 1889 .

Six questions résolues par le Sénat

1^{re} Entrées des aliénés dans les asiles .
(Loi du Sénat , Chambre du conseil)

2^{re} Sorties des Asiles = question aussi difficile que celle des entrées .

3^{re} Sorties à titre d'essai

4^{re} Asiles pour les aliénés criminels

5^{re} Surveillance des aliénés dans leurs familles ou dans les maisons tierces non autorisées .

6^{re} Inspections centrales et départementales pour les aliénés placés dans les asiles et pour recevoir leurs réclamations et leurs plaintes

10 août 89 .

J'ai trois discours à rédiger pour le
procès verbal du congrès .

1.^o Loi du sénat . Exposé des six
points .

2.^o Commentaire de mes conclusions sur
les obsessions

3.^o Exposé rapide de l'histoire de notre
Société de Patronage depuis 1841 jusqu'à
ce jour .

Congrès du 5 au 10 Août

1889 .

10 août 89.

réponse à M. Charpentier.

Séance du samedi 10 août
à 10 h $\frac{1}{2}$ du matin.

- 1^o Les obsessions sont presque toutes héréditaires
- 2^o Il faut distinguer l'obsession symptôme, de l'obsession maladie.
- 3^o Il faut distinguer l'obsession de l'idée fixe
- 4^o Il faut expliquer le mot transformation. Ce qui ne varie pas pendant toute la vie des individus, ce sont les caractères généraux et fondamentaux de la maladie que j'ai cherché à résumer. Mais l'objet du délire, la prédominance morbide peut varier dans un certain nombre

de cas. Mais cette irrégularité, ce change-
ment subit de forme et d'objet du délire
que M^r Magnan et ses élèves considéraient
comme la régle des syndromes épisodiques
je la regarde comme l'exception. Pour
moi, la folie du doute, le délire du tou-
cher, la folie avec conscience, impulsives
ou instinctive ne change pas de forme
délirante ni même d'objet pendant
toute la vie et que les cas de transmu-
tation d'objet et de prédominances que
j'admets comme faits cliniques sont ex-
ceptionnels et qu'il n'est pas conforme
à l'observation clinique de les consi-
dérer comme les plus fréquents et de
faire de l'irrégularité et de la trans-
mutation de forme et d'objet le cara-
ctère essentiel et pathognomonique
en quelque sorte des syndromes épi-
sodiques et en particulier des obses-

Comment le veulent M^{rs} Magnan,
Jaury, Garnier, Legrain, etc.

C'est sur ce point de changement d'opinion de forme ou d'objet du delict que nous différons et ce qui a motivé ma 5^{me} conclusion qui avait pourtant besoin d'un commentaire et d'une explication pour être bien comprise car elle était formulée d'une manière trop vague et trop absolue, comme plusieurs de mes conclusions que j'ai rédigées sous une forme brève et bien absolues pour les rendre plus précises nettes et plus absolues claires et pour les soumettre à la discussion d'une façon claire et précise.

10 août 1889

Patronage des aliénés

- Fondation en 1841
- 1^{re} période : 2 sociétés qui ont fusionné
- reconnue d'utilité publique le 26 mars 1849
- Fondation de l'asile à Vanvres et à bord, puis à Grenelle
- Principes suivis dans l'exercice du patronage : résumé des rapports annuels
- L'assistance publique et le conseil général nous ont venus en aide pendant long temps mais ont fini par nous supprimer les subventions, à cause des seurs qui sont nos agents actifs.
- État de choses actuel : Projet et vote récent du conseil général de la Seine.
- Demande d'un vœu de la part du congrès

10 Août 89.

Plusieurs votes émis par le Congrès.

- 1.^o Congrès annuel en province
 - 2.^o Vœu pour des aides spéciaux pour des asiles et une législation spéciale.
 - 3.^o Enquête sur la syphilis et la paralysie générale.
 - 4.^o Vœu sur les conclusions de Monsieur Baume pour les colonies agricoles et les sociétés de patronage départementales
 - 5.^o Conclusions.
-

Notes

pour le discours sur Cotard .

Messieurs,

Malgré mon émotion bien naturelle il m'est impossible de ne pas ajouter quelques mots pour dire un dernier adieu à l'ami fidèle, au collaborateur dévoué qui m'est enlevé si brusquement dans des circonstances aussi douloureuses. Homme de devoir et de sacrifice, il a été victime de son dévouement à la famille et au devoir professionnel. Il a guéri sa fille par ses soins assidus pendant 15 jours et 15 nuits sans interruption et il est mort ^{après} lui-même de la terrible maladie qu'il a contractée dans l'accomplissement de son devoir de père de famille et c'est en sauvant sa fille qu'il a lui-même succombé au champ d'honneur!

Cour moi, je rends en lui non seulement un ami dévoué et solide, fidèle à l'affection dans les bons comme dans les mauvais jours, mais un coopérateur précieux

dévoué à ses malades, fidèle observateur
du devoir professionnel, profondément affec-
tueux sous des apparences de froideur et
qui avait su se faire aimer de tous par
les services nombreux qu'il rendait simple-
ment et modestement sans bruit et sans
ostentation ne recherchant ni l'ambition ni
la fortune, mais simplement la récompense
d'une conscience tranquille et du devoir
accompli.

La nature supérieure aurait pu l'appeler
à une plus brillante destinée, mais mo-
deste et sans ambition, il n'avait pas
d'autre but dans la vie que l'accomplis-
sement du devoir, la vie de la famille
et l'existence tranquille des champs.

Il s'était créé à la campagne une
petite propriété qu'il affectionnait par-
ticulièrement et sa seule crainte était
de ne trouver rien dans quelques années

de sa coopération si active et de son bon-
 faisant appui par sa retraite prématurée
 dans sa propriété du Berry. Mais com-
 bien j'étais loin de prévoir le malheur
 qui me frappe aujourd'hui et de penser
 que je serais ainsi brusquement séparé
 de lui par une mort si rapide causée par
 une maladie inattendue!

Enlevé brusquement par cette cruelle af-
 fection dans la plénitude de la vie et
 de la santé, alors qu'il avait encore
 devant lui un vaste champ à parcourir
 et de véritables services à rendre à la
 science.

Esprit original, penseur profond, plein
 de vues nouvelles frisant le paradoxe,
 mais ramené toujours au sentiment de
 la réalité par un jugement sûr et
 droit qui rectifiait toujours les écarts
 de son imagination inventive, il laissera
 dans la science un certain nombre d'i-
 dées neuves et originales qu'il n'a
 pas eu le temps de développer et qui

sont restées à l'état d'embryon et
des mots nouveaux tels que le délire de
négation et le délire d'énormité qui
est à la mélancolie, aux folies mélancoliques
à que le délire des grandeurs est aux
folies expansives.

Dans le dernier congrès auquel il n'a
pas pu assister retenu qu'il était au
chevet de sa fille ; notre excellent secrétaire
général a lu un travail de lui sur
les origines psychomotrices du délire qui
contient les idées neuves les plus ori-
ginales qui deviendra le point de dé-
part de recherches nouvelles dans la
même direction et qui a eu des hon-
neurs et une discussion sérieuse à la-
quelle il n'a pas pu prendre part.
C'est là son dernier travail auquel
il avait consacré bien des veilles auquel
il attachait une véritable importance.

55

et que malheureusement il n'a pu qu'ébau-
cher dans une étude raride sans pouvoir
en approfondir tous les côtés nouveaux
et seconds en conséquences importantes.

Tous ici, parents, maîtres, amis,
collègues, malades, employés, habitants
de la commune, tous frappés de la même
douleur, manifestation autour de ce cer-
cueil la même émotion et pas une
note discordante ne s'élève au milieu
de ce concert unanime de regrets et
de reconnaissance

Vieil cher ami, cette grande maison
que tu remplissais de ton autorité et
à laquelle tu prodiguais tes soins, nous
semblera vide mais nous conserverons tous
précieusement ton souvenir et nous serons
les protecteurs naturels de ta famille
que dans des adieux déchirants tu as
confié à nos soins et à notre protection
qui ne leur manquera pas.

regrets universels dans la

commune consternation générale ;
El n'avait que des amis .

La famille éplorée et désespérée ; femme
pétrifiée par la douleur est d'un calme
effrayant : mère profondément affligée
pleurant ce fils auquel elle survit con-
sciemment à toutes les lois de la na-
ture .

Enfants qu'il aimait tant et qui ne com-
prennent pas encore toute l'étendue du
malheur qui les frappe et de la perte
irréparable qu'ils viennent de faire .

Notes pour le rapport
sur les obsessions

28 Juillet 1889

7

Travaux préparatoires pour le rapport sur les Obsessions.

- 1^o Lire ce qui concerne ce sujet dans Kraft
Ebing et dans Schüle. —
 - 2^o Relire mes leçons sur la Folie avec conscience.
 - 3^o Lire les leçons de Magnan et le livre de
Laury sur les Folies héréditaires et les Stigmates
psychiques. —
 - 4^o Relire toutes mes notes sur les Folies avec conscience.
 - 5^o Analyser mes leçons sur les Folies avec
conscience, ou Folies émotives, en 1884, 1885 et 1886,
pour en faire la base de mon rapport.
-

29 Juillet 1889

3

Recherches à faire sur les obsessions.

- 1^{re} — Chercher dans l'Encéphale (Juillet et Août 1889) le travail du Dr. Doyen sur les Verrues morbides et le Délire émotif. —
 - 2^{re} — Lire les leçons de Ball sur le même sujet et les leçons de Magnan dans le Progrès. —
 - 3^{re} — Lire Kraft Ebing et Schüle sur le même sujet. —
 - 4^{re} — Chercher le résumé du travail de Magnan et Charcot sur l'Onomatomanie, travail lu à l'Institut. —
 - 5^{re} — Lire Legrand du Saulle sur la Folie du doute et le délire du toucher, ainsi que sur l'Agoraphobie.
 - 6^{re} — Chercher le travail primitif de Westphal sur les Zwangs-Vorstellungen. —
-

30 Juillet 1889

5

Dans les maladies aiguës :

1^{re} — L'absence de conscience ou sentiment de maladie est le 1^{er} symptôme du délire aigu qui commence et qui annonce son apparition prochaine. (Cette idée exprimée par plusieurs auteurs se trouve dans l'article Délire, de mon père et dans la thèse de Sagot sur le délire aigu et mérite d'être signalée à propos de l'absence de la Conscience de son état dans l'aliénation mentale.)

2^{de} — Les Apoplectiques et hémiplegiques sont optimistes. Ils n'apprécient pas la gravité de leur état qu'ils considèrent comme léger et sans importance et dont ils ne se tourmentent pas. Ils ont l'absence du sentiment de maladie, l'insouciance de l'avenir, ne redoutent pas la mort, croient qu'ils vivront toujours, font des projets, sont, en un mot, le diminutif des paralytiques généraux et l'opposé des hypochondriaques. Ce sont des fanfarons de la santé et des optimistes,

comme le disait Lasèque et comme je l'ai
observé souvent moi-même. Mais peut-être,
ce symptôme ne s'applique-t-il qu'aux Aphoriques
avec hémiplegie droite, dont l'hémisphère gauche
du Cerveau est seul atteint, tandis que les
hémiplegiques à gauche dont le cerveau droit
est lésé, sont-ils au contraire des émotifs anxieux,
disposés à verser des larmes, voyant tout en noir,
péniblement préoccupés de leur mal, dégoutés de
la vie, et disposés au suicide, comme le
prétend le Dr. Luys et comme l'a été, pendant
deux ans, d'une façon si navrante, le professeur
Grisolle, ainsi que Béhier me l'a souvent
raconté ?

1^{er} Août 1889

2

Ne pas oublier de signaler parmi les particularités des malades atteints d'Obsession, de Délire émotif ou de maladie du toucher, le besoin de faire répéter ou affirmer par une autre personne les idées ou les mots qui les préoccupent eux-mêmes, en un mot le besoin impérieux qu'ils éprouvent d'avoir auprès d'eux un souffre douleur qu'ils soumettent incessamment aux mêmes répétitions forcées et aux mêmes exercices bizarres ou absurdes auxquels ils se soumettent eux-mêmes !

Plan de la leçon sur la Folie avec Conscience.

Preamble. C'est une variété dans le grand groupe des Folies héréditaires Généralités psychologiques sur la Conscience de son état par rapport à la conscience psychologique et à la conscience morale.

Description des faits élémentaires qui servent de base à cette maladie et qui sont compatibles avec l'état physiologique. C'est le 1^{er} degré de ces états qui peuvent rester stationnaires à ce degré, ou bien servir de point de départ au développement ultérieur de la maladie. Agoraphobie, Claustrophobie, etc.

En un mot, il existe une foule de craintes instructives qui peuvent être considérées comme de simples névroses et qui sont un premier degré.

Le second degré est réellement de la Folie

avec conscience.

On doit l'étudier sous quatre formes :

1^e Sensations : — Hallucinations .

2^e Idées : — Zwangsvorstellungen

3^e Emotions : — Melancolie .

4^e Impulsions : — Monomanies instinctives diverses
suicide impulsif. —

2^{ème} Partie.

Folie du doute ou du toucher.

Le doute et l'hésitation est le fond. Existe dès l'enfance : Scrupules. — Questions posées mentale — ment. — Epoque de la puberté. — Naissance subite de l'idée délirante, à propos d'un fait. —

1^{er} Degré se passant dans le for intérieur.

2^{ème} Degré passage à l'acte, répétition mentale. — Souffre douleur. — Vœux. — Variétés d'idées et d'actes du délire du toucher. — Marche, traitement, pronostic. —

11

Analyse

du travail de Régis
sur les Obsessions anxieuses et émotives.
(Délire émotif de Morel)
lu au Congrès d'Anvers en 1885.

A côté des aliénés proprement dits qui peuplent les asiles, il est des individus qui, sans avoir positivement perdu la raison, sont loin d'être normalement organisés au point de vue mental.

Issus de Névropathies et névropathes eux-mêmes, héréditaires, comme on les appelle, ils sont sujets à divers troubles intellectuels, de nature bizarre, mais qui ont pour caractère habituel d'être conscients et de s'accompagner d'un état anxieux plus ou moins marqué. De ce nombre sont : L'Agoraphobie ou peur des espaces, la Claustrophobie ou peur

de l'étroit, la Folie du doute, le Délire du
toucher, la crainte des épingles, le besoin de
répéter un mot, le besoin de compter et des
préoccupations variées du même genre. —

Au fond, les appellations les plus solennelles
cachent des particularités très-simples. Ces
individus, intelligents en général, se rencontrent
dans toutes les positions et à tous les âges. Ils
sont presque toujours des héréditaires. Ils s'acquittent
très-bien des devoirs de leur profession, mais sous
ce calme apparent, se cache une obsession
pathologique qui les oppresse et les torture
d'autant plus, qu'ils luttent incessamment
contre elle et cherchent à la refouler au
plus profond de leur être. L'un ne peut traverser
une place déserte sans être pris d'une angoisse
inexprimable, qu'il ne peut dompter qu'en
s'appuyant sur le bras de quelqu'un ou à
l'abri d'une voiture; L'autre, comptable de
profession, doute que l'addition qu'il vient de

faire soit exacte et passe toute la journée
 à faire la preuve ou la contre preuve, sans
jamais parvenir à se convaincre. Un autre,
 transportant son doute dans le domaine immatériel,
 recherche la solution des problèmes métaphysiques
 les plus graves : Dieu, le monde, la vie future
 et arrive jusqu'à douter de sa propre existence.
 Celui-ci se sent obligé de compter les bœufs de gaz
 ou les arbres de sa route et, s'il voit s'être trompé
 et en avoir oulié un il revient sans cesse à la
 charge, et plein d'angoisse, revient constamment
 sur ses pas. Celui-là lutte dans une anxiété même
 pour s'empêcher de prononcer une phrase ou
 un mot qui l'obsède et lui revient sans cesse
 sur les lèvres, et cette lutte intime le plonge dans
 une telle anxiété qu'il ne peut obtenir un
 soulagement qu'en prononçant à demi voix ou
 mentalement la phrase ou le mot qui font son
 supplice. Un autre ne peut s'approcher d'une

fenêtre ouverte sans être pris, non de l'envie de s'y précipiter mais de l'idée qu'il ne pourra s'empêcher de le faire; un autre ne peut toucher du bout des doigts un objet quelconque, par exemple un bouton de porte en métal, et pour se soustraire à cette obligation s'entoure la main avec un mouchoir. Un autre encore ne peut voir un vieillard respectable, une dame, un personnage sans avoir peur d'être poussé à les frapper; un autre, en présence d'objets fragiles, est obsédé de l'idée qu'il va les casser, ou en face d'épingles qu'il va fatalement les avaler. D'autres tombent dans la même angoisse, à propos de certains mots, de certains chiffres, ou de certains nombres, comme le nombre 13, ou le nombre impair auquel ils attribuent une influence néfaste. Ils se sentent obligés de répéter deux ou plusieurs fois les mêmes paroles, les mêmes gestes, les mêmes actes, par exemple de laisser tomber deux fois un objet qu'ils avaient déjà laissé échapper de leurs mains. Ils ne peuvent s'empêcher de

marcher sur telle ou telle partie de la chaussée, sur telle ou telle ligne de pavés ou de dalles, de monter ou de descendre d'un trottoir autrement que d'un certain pied, ou sans avoir compté au préalable un certain chiffre ! La moindre infraction à ces habitudes ridicules les plonge dans les transes ! Certains d'entre eux ne peuvent se livrer au coït qu'en évoquant tel ou tel souvenir, telle ou telle image, tel ou tel mot, faute de quoi l'anxiété s'empare d'eux et ils tombent dans l'impuissance. D'autres enfin sont pris d'une angoisse subite et croient qu'ils vont mourir, avoir une attaque, une syncope, un arrêt du cœur, devenir fous, être portés fatalement au suicide, crier par force, ne pouvoir manger, etc, etc.

En un mot, l'anomalie psychique, peut revêtir les formes les plus variées et les plus dissemblables et si l'on voulait honorer chacune de ces particularités d'un nom spécial, on n'arriverait qu'à jeter la confusion dans l'étude de ces états variés. Au lieu de les scinder à l'infini, il faut les grouper dans une étude

D'ensemble et rechercher leurs points communs. On arrive ainsi à constater que ce sont des phénomènes du même ordre et qu'ils ne diffèrent qu'en apparence. Tous ne surviennent que chez des héréditaires; tous s'accompagnent de la lucidité et de la conscience et aboutissent rarement à la Folie proprement dite: Enfin, ce qui domine chez tous c'est l'état d'Obsession anxieuse, angoissante qui les domine; obsession si pénible que ces malades en arrivent à concevoir et à exécuter des projets de suicide. Donc hérédité, lucidité consciente, crises d'obsession anxieuse avec lutte intime, enfin propension au suicide; tels sont les caractères communs qui permettent de les grouper et d'en faire une synthèse!

Exemple un malade qui était un type de ce qu'on appelle la Folie du doute. Comptable dans une compagnie de chemin de fer, il ne pouvait arriver à se convaincre de l'exactitude de ses calculs. Il avait beau y apporter le plus grand soin et les renouveler deux autres fois, pour être sur de ne pas

s'être trompé, qu'à peine séparé de sa feuille, il était repris du doute le plus angoissant et il lui fallait recommencer sa preuve et toujours aussi vainement. Avait-il livré son travail qu'au moment l'anxiété s'emparait de lui; il ne pouvait plus ni manger, ni dormir, ni appliquer son attention à autre chose et il lui arrivait souvent d'aller redemander ses papiers à son chef pour les revoir encore. Une autre fois, ayant mis son vin en bouteilles il avait laissé le travail à moitié et fermé le robinet. A peine sorti de la cave le doute l'assaillit et il se demanda s'il avait bien fermé le robinet et anxieux il redescendit plusieurs fois à la cave pour s'en assurer sans jamais pouvoir se convaincre et dans une anxiété inexprimable. Une autre fois, il se demandait si son col de chemise était bien fermé, si ses vêtements n'étaient pas sales et chaque fois qu'il se frottait contre un objet extérieur, il s'imaginait s'être sali et il ne pouvait se convaincre du contraire même en revenant souvent à la charge. Il en était de même pour sa Casquette qu'il ne croyait pas bien mise.

Cet état le rendait très-malheureux au point de songer au suicide. Dans ce cas on n'a pu trouver d'hérédité.

Autre fait semblable. Une dame de Bordeaux obsédée de l'idée qu'elle ne pourrait pas s'empêcher de prononcer une phrase grossière, injurieuse pour une de ses nièces âgée de cinq ans et elle était résolue de l'idée de parler ainsi à cette petite fille. Seule ou devant son mari, elle n'éprouvait pas cette obsession, mais aussitôt qu'il survenait une personne étrangère elle luttait intérieurement pour s'empêcher de prononcer cette même phrase qui lui montait aux lèvres et elle ne parvenait à se débarrasser de cette obsession qu'en murmurant à voix basse et en se détournant ces mots qui la torturaient. Peu à peu le trouble ayant augmenté, elle ne pouvait plus paraître en public, à faire de grands détours pour ne plus rencontrer personne et à se confiner chez elle. Elle ne pouvait plus aller en chemin de fer et ne pouvait voyager qu'en voiture avec son mari, la seule présence d'une personne étrangère réveillant son obsession et son angoisse.

Son désespoir était tel qu'elle songeait à en finir par le suicide. Cet état mental qui avait commencé par la grossesse semblait être en rapport avec une affection du col utérin.

Quelques faits analogues ont été décrits par le professeur Ball sous le nom d'impulsions intellectuelles pour les distinguer des impulsions de la sphère morale ou instinctive, qui poussent à des actes violents ou impulsifs. — Tout récemment cet état mental caractérisé par la recherche anxieuse ou la répétition irrésistible d'un mot ou d'une phrase a été décrit par Charcot et Magnan et appelé Onomatomanie ou manie du mot. —

Les deux noms d'Onomatomanie et de Folie du doute indiqueraient donc deux espèces de Folie différentes si l'on s'en rapportait aux dénominations diverses qu'elles ont reçues, mais au contraire représentent exactement le même état si l'on s'en rapporte aux faits eux-mêmes. En comparant les deux malades, cités plus haut, on voit qu'ils présentaient au fond

les mêmes symptômes, c'est-à-dire une émotivité se traduisant par une obsession anxieuse. Chez le premier c'était le doute intellectuel, chez la seconde la lutte contre un mot qui s'impose, mais c'est là une différence toute superficielle, car l'essentiel, ce n'est pas l'expression que peut revêtir l'obsession, mais l'Obsession elle-même angoissante et spasmodique qui constitue la maladie. - Dans tous les cas particuliers, auxquels on a donné des noms spéciaux, on retrouve toujours les mêmes caractères et c'est l'état d'Obsession anxieuse qui en forme la base. -

C'est donc une grave erreur scientifique de scinder ainsi à l'infini des phénomènes identiques et de les baptiser de noms différents, et au lieu de créer des types distincts, il faut en étudier les points communs et en faire la synthèse.

Morel avait déjà décrit plusieurs de ces Obsessions déhiantes et surtout celle caractérisée par la Crainte du contact des objets extérieurs,

et avait compris que le fond de tous ces états était le caractère anxieux et émotif et leur avait donné le nom de Délire émotif, en en plaçant le siège dans le système nerveux ganglionnaire viscéral (Morel, du délire émotif, Arch. De médecine 1866). — C'était déjà faire de la synthèse, tandis que depuis lors on s'est surtout attaché à décrire séparément chacune des formes possibles de ce délire, en leur donnant un nom spécial pour les distinguer les unes des autres.

M. Magnan, il est vrai a cherché à réagir contre cette tendance nouvelle, quoique il ait lui-même créé le mot nouveau très-peu réussi de Balonéphobie (crainte des épingles) et d'autres analogues. Mais, de même que Morel avait décrit les stigmates physiques de l'hérédité, il a eu l'heureuse idée de désigner les obsessions sous le nom de Stigmates psychiques de l'hérédité, pour indiquer par là que ces symptômes représentaient

Dans l'ordre intellectuel la tare héréditaire comme
les stigmates matériels la représentent dans l'ordre
physique. On ne peut qu'approuver ce nom de
stigmates physiques. Donnée aux obsessions anxieuses
et émotives, quoique l'on doive ajouter que
l'hérédité n'est pas absolument fatale dans
ces cas, car il est des faits particuliers dans
lesquels elle fait absolument défaut ou échappe
aux investigations les plus minutieuses. —

Il faut donc étudier les stigmates —
psychiques de l'hérédité, dont l'obsession anxieuse
ne constitue qu'une des expressions dans une
large vue d'ensemble. Les éléments de cette
étude sont préparés; il ne reste plus qu'à
dégager nettement le type de l'individualité
psychique de l'héréditaire avec ses stigmates
et ses malformations.

Ce sera faire une œuvre plus utile et
plus méritoire que de multiplier à l'infini les

dénominations en ajoutant des unités nouvelles à toutes celles qui encombrèrent déjà le cadre de l'aliénation mentale. —

Cel a été le but de ce travail d'enrayer la regrettable tendance à la recherche des infiniment petits et d'établir l'analogie ou même l'identité des obsessions anxieuses et émotives, sous quelque forme qu'elles se présentent.

Ce travail était terminé quand a paru dans l'Encéphale (Juillet et Août 1885) un excellent mémoire du Dr E. Doyen, interne à l'Asile St^e Anne sur les Erreurs morbides et le Délire émotif en général. Ce mémoire contient des faits cliniques intéressants et un premier essai de généralisation qui se révèle nettement dans les conclusions. L'auteur tend

à l'assimilation de la Folie du doute et du Délire émotif, que nous avons admise nous-mêmes dans le travail précédent. L'auteur indique également d'une manière très-claire et très-précise les conditions multiples des origines du Délire émotif. —

Enfin, il est un point qui n'a pas été abordé dans notre travail, c'est celui du traitement. —

On sait qu'il n'y a rien de plus réfractaire aux médications thérapeutiques que les obsessions anxieuses. Amendées un instant, elles ne tardent pas à réparaître avec tout le cortège de leurs symptômes habituels. —

Je me suis donc demandé s'il ne conviendrait pas d'essayer sur elles l'action tant discutée de la suggestion hypnotique. Je suis peu partisan de ce moyen surtout chez les aliénés qui sont tous très-difficiles à

endormir, mais s'il est une forme d'aliénation mentale susceptible d'être influencée favorablement par l'hypnotisme, c'est bien celle-là où le tempérament éminemment névropathique, la lucidité et la conscience absolues, ainsi que le désir de guérir et de se prêter dès lors à toutes les manœuvres possibles constituent des conditions absolument favorables à l'hypnotisation. —

J'avais émis la même opinion l'année dernière au Congrès de Blois, à l'occasion d'une communication de M^r Auguste Voisin, mais je n'ai pu expérimenter faute de sujets. —

Résumé de la leçon de 1884
sur les Folies avec conscience
et le délire du toucher
ou crainte du contact des objets
extérieurs

Dans la dernière séance, j'ai décrit les caractères généraux de la Folie héréditaire ou plutôt des Folies héréditaires. Dans cette leçon mon but, en m'appuyant surtout sur les travaux du Dr Morel, a été de vous montrer que les Folies héréditaires, qui ne sont pas admises encore aujourd'hui par la plupart des aliénistes, ont cependant des caractères généraux, des caractères communs importants, qui permettent de les réunir toutes dans un même groupe général, dans

un groupe très-vaste des maladies mentales.

Mais ce n'est là, en quelque sorte, que l'enfance de l'art, l'enfance de la science. En effet, ces caractères généraux sont trop vagues, trop complexes et embrassent un trop grand nombre de faits pour pouvoir suffire à la science plus avancée, telle qu'on doit la concevoir.

C'est un groupe énorme, un genre considérable de maladies qu'il conviendrait de diviser en plusieurs espèces et en plusieurs variétés, et c'est dans l'étude de ces variétés que doit consister le progrès ultérieur de notre science spéciale. —

Il en est des Folies héréditaires comme des paralysies générales. La paralysie générale qui est décrite aujourd'hui comme une maladie unique ayant des caractères essentiels, a sans doute beaucoup de caractères communs, mais elle a aussi de nombreux caractères différentiels.

Il faut donc arriver à distinguer des

variétés vraiment naturelles, dans les Paralysies générales, comme dans les Folies héréditaires. -

Dans une des leçons précédentes, j'ai décrit la folie circulaire, ou forme, comme une variété spéciale, qui appartient en réalité au grand groupe des Folies héréditaires.

Aujourd'hui, je vais m'attacher à la description d'une autre variété moins bien connue, moins bien décrite, mais qui cependant, mérite également d'être distinguée et séparée au milieu du groupe trop vaste et trop étendu des Folies héréditaires : Je veux parler de la Folie avec Conscience. Cette variété de maladie mentale est encore peu connue; elle n'a pas été décrite jusqu'à présent, comme forme distincte et spéciale et en effet, sa description est encore un peu flottante et envahit à chaque instant sur les formes et les variétés voisines. Cependant, le caractère principal de la conservation de la Conscience de son état dans

un état de trouble mental très caractérisé, est un caractère tellement important qu'il peut servir de guide et de point de repère pour le classement d'un grand nombre de faits.

Ces deux mots : Folie avec conscience, semblent au 1^{er} abord incompatibles et contradictoires. Pendant longtemps, en effet, pendant toute la moitié de ce siècle, depuis Pinel jusqu'à nos jours, on a admis que tous les aliénés, sans exception, avaient perdu la conscience de leur état et que la conscience de son état mental était incompatible avec l'idée de Folie. Tous nos maîtres, tous nos prédécesseurs ont admis qu'aucun aliéné ne se considérait comme malade, que tous admettaient que leur raison était saine, intacte et ne pouvait accepter l'idée qu'ils étaient atteints de Folie. L'absence de conscience de son état a donc été donnée comme un des caractères fondamentaux servant de critérium pour le diagnostic de la folie.

Dans plusieurs passages de ses ouvrages, Esquirol a défini la Folie un état de trouble mental sans fièvre et avec perte de la conscience de son état. D'autres auteurs ont donné la même définition. M. Baillarger, entre autres, a fait de l'absence de la conscience de son état un caractère pathognomonique de la Folie. Mon père également, dans son article *aliénation mentale* et dans son article *délire*, a signalé ce caractère comme signe distinctif essentiel entre la raison et la Folie. —

Il est admis, en effet, par tous les aliénistes de tous les pays, que les aliénés, en général, n'ont pas la conscience de leur état de maladie. Cependant les mêmes auteurs qui posaient ce principe comme caractère fondamental de l'aliénation mentale, étaient infidèles à leurs théories quand ils entraient dans le domaine de la pratique. Ainsi, Esquirol, Baillarger, mon père ont cité des exemples de malades qui avaient des impulsions réprimées par eux-mêmes

et considérées comme malades qui, en un mot, avaient conscience de leur état de maladie, de sorte que les observations particulières relatives par eux se trouvaient en contradiction avec la théorie générale qu'ils proclamaient de la non conscience de son état dans la Folie. —

Aujourd'hui le doute n'existe plus à cet égard dans les esprits. Tous les médecins cliniciens savent qu'il existe un certain nombre d'aliénés qui ont conscience de leur état de maladie. Ces malades s'observent surtout dans la pratique civile, dans la clientèle privée; ils sont plus rares dans les asiles d'aliénés mais cependant on en rencontre toujours quelques uns dans ces établissements, publics ou privés. —

La conscience de son état peut donc exister avec un trouble mental quelconque. C'est sur cette base que nous allons faire reposer la description de cet état particulier, de cette variété de folie

héréditaire; car il est bien remarquable que la plupart de ces malades, pour ne pas dire tous, que tous les malades, dis-je, qui appartiennent à cette catégorie, sont en même temps des héréditaires, c'est-à-dire appartiennent au groupe plus étendu de maladies mentales que je vous ai décrit dans la précédente leçon. —

Un mot d'abord sur le sens du mot conscience en psychologie. —

Dans le langage psychologique et pathologique, le mot conscience a trois sens différents. Il y a la conscience psychologique, la conscience morale et la conscience de son état de maladie. Il faut bien se garder de confondre ces trois sens d'un même mot qui sont absolument différents. La conscience psychologique c'est l'observation intérieure de l'homme par lui-même; cette faculté d'observation intérieure existe chez chacun de nous. C'est la base de la psychologie telle que la comprenait l'école

de Cousin, Jouffroy, etc, l'école dominante il y a une trentaine d'années. La psychologie toute entière reposait sur l'observation intérieure de l'homme par lui-même. -

L'homme est donc, en effet, d'une faculté qui lui permet de s'observer lui-même intérieurement et d'assister en spectateur passif au mouvement général de ses facultés : C'est là ce qu'on appelle la conscience psychologique. Tout le monde sait, d'autre part, que le mot conscience s'applique en la morale, comme à la psychologie, et que, dans ce cas, il exprime la faculté de discerner le bien du mal. Cette faculté qui existe chez tous les hommes, à divers degrés, se développe différemment selon les milieux, mais il existe chez tous et est le vrai fondement de la morale. Eh bien, ce n'est pas de ces deux espèces de conscience que je veux vous parler aujourd'hui. Ces deux facultés sont le plus souvent conservées chez les aliénés. Car c'est une grave erreur

De dire, comme on le dit souvent, que les aliénés ont perdu la conscience de leurs actes. Cette expression employée généralement en médecine légale est absolument erronée en psychologie et en clinique. La plupart des aliénés, même ceux qui sont arrivés à un degré assez avancé de chronicité, ont la conscience de leurs actes de même que la conscience psychologique et la conscience morale, c'est-à-dire le discernement du bien et du mal. La médecine légale qui a reposé longtemps sur ce fait que les aliénés avaient perdu le discernement du bien et du mal, était donc basée sur un fait erroné au point de vue clinique. La plupart des aliénés, en effet, ont conservé la faculté de s'observer eux-mêmes intérieurement, de constater ce qui se passe en eux, de savoir quand ils font bien et quand ils font mal et ils ont parfaitement conscience des actes qu'ils accomplissent; ils savent très-bien qu'ils font tel acte et non tel autre; il n'y a que dans l'extrême démence ou dans le

trouble général des facultés, qu'ils perdent réellement ces diverses aptitudes à apprécier ce qui se passe en eux et la nature des actes qu'ils accomplissent. La conscience psychologique et la conscience morale sont donc conservées chez la plupart des aliénés; mais il n'en est pas de même de la conscience de son état mental. Presque tous les aliénés ne se regardent pas comme des malades; ils ne se croient malades, ni physiquement ni moralement, et ils sont bien loin de croire qu'ils ont perdu la raison.

C'est là un caractère très général de la folie, comme on l'a dit dans tous les temps. Les persécutés, par exemple, que nous vous avons décrits précédemment, n'admettent jamais qu'ils sont malades, ni qu'ils sont aliénés; il en est de même des aliénés raisonnants, c'est-à-dire aliénés héréditaires dont le délire est plutôt caractérisé par le désordre des actes que par le trouble de l'intelligence. Ils se croient absolument intacts, au point de vue

de la conservation de toutes leurs facultés intellectuelles et morales et ils ont même un très-grand orgueil qui les porte à se considérer comme très-supérieurs au reste de l'humanité.

Mais il y a une catégorie particulière d'aliénés héréditaires qui ont précisément pour caractère principal d'avoir la conscience de leur état de maladie mentale, sans cependant pouvoir parvenir à se débarrasser des phénomènes moraux pathologiques qui se produisent en eux malgré eux, alors même qu'ils ont toute conscience de la nature essentiellement pathologique de ces phénomènes involontaires et anormaux. Ce sujet a été encore peu étudié; il est, dès lors, difficile de le limiter avec précision.

Le meilleur moyen d'arriver à en faire une description rapide consiste à partir des phénomènes de ce genre les plus simples et les plus élémentaires, pour monter, successivement les divers degrés de l'échelle pathologique et pour arriver ainsi par

Déjà successifs des faits les plus simples, aux faits les plus complexes et les plus pathologiques.

Les faits élémentaires sont en quelque sorte de l'ordre physiologiques plutôt que de l'ordre vraiment pathologique. Alors même qu'ils doivent être considérés comme anormaux ils ne sont pas suffisants pour constituer par eux-mêmes une maladie mentale. Ce sont de simples anomalies ou idiosyncrasies de l'état physiologique ou semi physiologique, plutôt que de véritables symptômes d'une maladie mentale, même commençante.

Il y a des individus, prédisposés par l'hérédité à la folie mais qui ne sont pas cependant des aliénés qui éprouvent certains phénomènes nerveux ou de trouble mental tout à fait spéciaux qui représentent les phénomènes élémentaires de la Folie avec conscience. -

Ces individus ont une sorte d'idiosyncrasie de nature mélancolique qui ne peut pas être

considérée comme de la folie mais qui représente une sorte d'anomalie spéciale, intellectuelle et morale. Par exemple certaines personnes ont la crainte de se couper en se rasant, la crainte de se couper la gorge et elles ne peuvent pas se raser elles-mêmes tant est grande chez elles la crainte instinctive d'être poussées involontairement à se couper le cou, au lieu de se borner simplement à se raser.

D'autres n'osent pas regarder par une fenêtre ouverte dans la crainte d'être poussées involontairement à se précipiter. D'autres enfin, n'osent pas passer sur un pont ou près d'une rivière parcequ'elles redoutent de se sentir instinctivement poussées, malgré elles, à se jeter à l'eau. Ce sont là des terreurs instinctives et involontaires, des anomalies psychiques qui ne sont pas, à proprement parler, des symptômes de folie, mais qui représentent le phénomène pathologique initial, fondamental, élémentaire qui peut, chez certains individus, rester ainsi à l'état isolé,

mais qui chez d'autres, peut devenir le point de départ
ou la base de la Folie impulsive avec conscience.
Ces états rentrent plutôt à ce degré, dans le domaine des
névroses que celui des maladies mentales proprement dites
et cependant c'est souvent la base sur laquelle se développe
plus tard, une véritable Folie avec conscience, tandis que,
dans d'autres cas, ils peuvent rester stationnaires, à ce
degré rudimentaire sans acquies aucun développement
extérieur.

Le D^r Morel qui a publié, dans les archives
de médecine, un travail sur le Délire émotif, a insisté
avec raison sur ces phénomènes nerveux élémentaires
qui ne sont pas encore de la folie et qu'il a rattachés,
non pas à des lésions du cerveau mais à des altérations
du système nerveux ganglionnaire. Il a ainsi admis
que cette disposition instinctive aux émotions, à la
 frayeur, dues à certaines natures individuelles, ne
constituait en réalité qu'un état nerveux, une névrose
ganglionnaire et non une maladie mentale véritable, —

C'est surtout au point de vue de la peur ou de la frayeur que ces phénomènes existent chez certains individus. Aussi Morel a-t-il donné à ces états — nerveux, intermédiaires entre la névrose et la maladie mentale, le nom de Délire émotif. Ces personnes ont des frayeurs très-variées et très-intéressantes à étudier qui représentent le premier degré de la Folie avec Conscience. Par exemple, quelques uns de ces malades ont la peur de s'endormir. Ils ont une telle crainte du sommeil qu'ils luttent avec acharnement contre lui — comme si le sommeil était le précurseur de la mort; il leur semble que s'ils s'endormaient un seul instant, ils seraient morts !

La peur du sommeil est donc un de ces phénomènes nerveux émotifs. J'en ai cité plusieurs autres tout à l'heure : la peur de passer sur un pont, auprès d'une rivière, la peur de voir une fenêtre ouverte, la crainte de se couper la gorge en se rasant, la peur de voir sous ses yeux un couteau ou une épée nue, dans la

crainte d'être poussé malgré soi, à s'en servir; etc etc.

Il existe un grand nombre de craintes de ce genre, qui tantôt se produisent isolément, tantôt au contraire sont solidaires et coexistent chez les mêmes individus.

On a décrit plusieurs de ces craintes séparément, comme constituant chacune de véritables monomanies spéciales; par exemple la crainte de traverser une place publique ou un grand espace quelconque (agoraphobie de Hespéhal, peur des espaces de Legrand du Saulle), la claustrophobie, ou crainte de se sentir enfermé ou bien au contraire le besoin impérieux de se sentir enfermé, c'est à dire protégé contre des menaces extérieures, (Ball). —

On a ainsi multiplié outre mesure depuis quelques années, le nombre des monomanies basées sur une seule crainte, une seule frayeur, en dehors de laquelle il n'existerait aucun autre signe de Folie. On a ainsi abusé des divisions et subdivisions à l'infini et

Donne un nom spécial à chacun des symptômes nouveaux que l'on observait, au lieu de considérer tous ces symptômes comme solidaires, se rattachant l'un à l'autre et se reliant à un même état général de délire émotif ou de crainte instinctive.

C'est ainsi qu'on a décrit séparément comme espèce ou variété distincte, l'agoraphobie de Westphal ou la peur des places publiques.

Les malades qui sont atteints de cette névrose spéciale, ont une telle peur de traverser une grande place qu'ils font de grands détours pour l'éviter et pour passer par un autre chemin; ils s'appuient contre les murailles ou ne peuvent traverser la place qu'appuyés sur le bras d'une autre personne qui les soutient. Dans une rue ils s'arrêtent tout court, quand la rue est très-longue, et ne peuvent plus ni avancer ni reculer.

Cela a lieu surtout quand cette rue a des arcades, comme la rue de Rivoli, ou bien surtout pour une grande place, comme la place de la Concorde; ils ont absolument

besoin d'être soutenus par le bras d'une personne
par eux connue ou par un parapluie qui leur sert
de soutien et leur permet alors, avec de grands -
efforts de volonté, d'arriver à triompher de cette
frayeur instinctive qui les domine et qui est poussée
à un degré excessif. -

Plusieurs auteurs ont rapporté de nombreux
exemples de ce genre de névrose qui est maintenant
bien connue, cliniquement et qui prouvent que ces faits
sont plus fréquents qu'on ne le croyait autrefois.
M^r Legrand du Saulle, après Westphal, a publié
un mémoire sur l'Agoraphobie à laquelle il a
donné le nom plus générique et plus étendu de
peur des espaces. En effet, cette frayeur peut
s'appliquer non seulement aux places publiques mais
à tous les grands espaces, tels qu'une grande Eglise,
une grande plaine ou à un espace vide quelconque.
Ce sont là des faits très intéressants, étudiés seulement
depuis quelques années et qui méritent de l'être encore

davantage).

Le professeur Ball a publié également dans les annales médico-psychologiques un petit mémoire sur la claustrophobie ou crainte des espaces fermés, ce qui est précisément l'inverse de la crainte des espaces ouverts. Les malades atteints de cette névrose spéciale ont surtout la crainte de rester enfermés dans une chambre, dans un espace restreint et de ne pouvoir plus en sortir et ils s'ingénient ainsi à trouver des moyens de laisser les portes ouvertes ou de s'assurer qu'on ne les a pas fermées à leur insu, et entrent dans de véritables crises nerveuses quand ils se sentent enfermés, et s'imaginent ne plus pouvoir sortir de l'espace où ils se sentent retenus malgré eux. D'autres, au contraire, ont la peur des portes ouvertes et ne se sentent tranquilles que lorsqu'ils se sont assurés vingt fois de suite que les portes ou les fenêtres de leur appartement sont bien hermétiquement fermées et que personne ne peut entrer chez eux à leur insu. —

En résumé, il existe ainsi un grand nombre de craintes instinctives qui peuvent exister chez quelques

individus, soit isolément, soit plus souvent réunies, et qui constituent un grand nombre de variétés secondaires - dans cette catégorie générale d'états nerveux désignés sous le nom de délire émotif ou de craintes instinctives avec conscience. C'est là le 1^{er} degré de cet état nerveux spécial, qui doit être regardé comme pathologique mais ne peut pas être considéré encore comme un état de Folie. Mais il est des cas beaucoup plus caractérisés et qui constituent alors ce qu'on peut appeler la Folie avec conscience de son état. -

Cette espèce de Folie peut porter sur quatre ordres de phénomènes distincts: sur les sensations, sur les idées, sur les émotions et sur les impulsions. Il y a dans la science des exemples à l'appui de ces quatre ordres de faits rapportés sous des noms différents; il n'y a qu'à leur donner l'étiquette ou la dénomination de Folie avec conscience.

La mieux étudiée de toutes est celle relative aux sensations, autrement dit aux Hallucinations. On a

appelle ces hallucinations avec conscience des hallucinations physiologiques. Cette catégorie spéciale s'applique surtout aux hallucinations de la vue. Les malades voient passer devant leurs yeux des fantasmagories, des tableaux mouvants, des images qui flottent, qui circulent devant leurs yeux mais ils ont parfaitement conscience que ces visions sont un phénomène pathologique, une illusion de leurs sens et non une réalité extérieure ayant une existence indépendante de leur moi. Ils savent que c'est un phénomène purement subjectif et ne croient pas à l'existence réelle de l'objet représenté à leurs yeux. C'est là ce qu'on a appelé des hallucinations physiologiques compatibles avec la raison, et cette catégorie de faits a été bien étudiée dans tous les ouvrages publiés sur les hallucinations. -

La seconde catégorie de faits relatifs à la Folie avec conscience portent sur les idées qui s'imposent à l'esprit malgré lui, mais dont il apprécie le caractère faux et impersonnel et auxquelles il ne croit pas, qui

s'imposent à son attention, mais non à sa conviction. Cette catégorie de faits n'a été étudiée que tout récemment et surtout en Allemagne, par Westphal, sous le nom de Zwangsvorstellungen, c'est-à-dire d'idées qui s'imposent et qui représentent ce que l'on appelle plus volontiers, en France, l'obsession. -

Ce phénomène existe souvent, à l'état physiologique, chez certaines personnes et dans des conditions particulières de surexcitation passagère du système nerveux. Chacun de nous, en effet a éprouvé des moments de névrosité pendant lesquels certaines idées s'imposent à nous, malgré nous, d'une manière tellement irrésistible que nous ne pouvons parvenir à les chasser.

Les idées ou les mots s'imposent à notre intelligence, d'une manière automatique, mécanique, en quelque sorte, et il nous est impossible de nous en débarrasser. Nous ne pouvons substituer volontairement d'autres idées à celle qui s'impose à nous,

malgré nous, et qui captive notre intelligence d'une manière exclusive pendant un temps plus ou moins long. Nous sommes obligés de la ressasser incessamment dans notre esprit ou de répéter mentalement le même mot, ou le même membre de phrase, sans pouvoir en prononcer d'autre à sa place. Chacun de nous a éprouvé ce phénomène cérébral auquel on a donné le nom — d'obsession. Cela arrive souvent par exemple pour un mot, pour un nom propre, pour une phrase, pour un vers ou pour un couplet qui s'impose à nous, malgré nous, pendant la veille, comme cela a lieu souvent dans le rêve pendant le sommeil. Eh bien, c'est là le phénomène élémentaire qui dans certaines Folies avec conscience acquiert une plus grande intensité et devient alors absolument pathologique. Certaines idées absurdes, ridicules, que l'on juge cependant parfaitement fausses, s'imposent à l'esprit d'une manière automatique et les malades ne peuvent pas parvenir à les combattre ou à les chasser. Ils ont la conscience que c'est là un fait

pathologique anormal, que ce n'est pas une idée venue naturellement, que cette idée n'est pas juste, qu'elle est fautive, qu'on doit la repousser mais on ne peut pas y parvenir. C'est là la lutte entre le moi qui juge sainement une idée et qui ne peut pas parvenir à s'en débarrasser. L'automatisme de l'idée est plus puissante que la volonté. Les théologiens ont très-bien caractérisé cette disposition naturelle de l'intelligence humaine en disant que l'homme ne doit pas être rendu responsable des idées qui naissent spontanément dans son esprit et qui s'imposent à lui malgré lui; qu'il n'est pas coupable d'avoir certaines idées qui se représentent souvent à son esprit, par exemple des idées obscènes ou des idées érotiques, mais que la culpabilité ne commence que quand on entretient, quand on favorise ces idées et qu'on les retient volontairement dans son esprit au lieu d'employer tous les moyens qui sont à notre disposition pour les chasser.

Tous les théologiens ont admis que la production

Des idées dans la tête humaine était spontanée, involontaire et automatique. Seulement dans l'état normal, nous avons généralement la puissance de chasser ces idées, d'en détourner notre attention de la porter sur d'autres idées, plus justes et plus saines et de mettre à l'écart les idées qui voudraient s'imposer à nous. Dans l'état pathologique, au contraire (et c'est là le 1^{er} degré de l'état mental), l'idée s'impose à nous, malgré nous, d'une manière automatique et nous ne pouvons pas parvenir à la faire disparaître. Cela devient une lutte intérieure des plus pénibles et c'est l'état mental particulier, auquel le professeur Westphal de Berlin a donné le nom scientifique de *Zwangs vorstellungen*. C'est un état mental des plus intéressants à étudier et qui constitue un des premiers degrés de la Folie avec conscience. -

Mais c'est dans l'ordre des émotions et des impulsions que se manifeste surtout cette variété de maladie mentale. Ce trouble du sens émotif ou

Des émotions est extrêmement fréquent et il rentre alors dans la catégorie des faits élémentaires que je vous signalais tout à l'heure comme simples anomalies de l'état physiologique chez quelques individus prédisposés.

Il est des malades qui sont incessamment tourmentés par des émotions pénibles, par des frayeurs d'une certaine nature qui s'imposent à leur sensibilité, malgré eux, dont ils souffrent très-péniblement, mais dont il leur est impossible de se débarrasser. Ils ont peur et ne savent pas pourquoi. Ils ont la peur du mal et le mal de la peur; ils éprouvent en un mot le phénomène général de l'anxiété mélancolique mais applicable seulement à certaines craintes, à certaines frayeurs et non à d'autres. Par exemple, ils ont peur d'être portés à se faire du mal, à se jeter par la fenêtre, à se jeter dans la rivière et la crainte qu'ils ont incessamment d'être poussés à accomplir ces différents actes les porte précisément à les accomplir. Or c'est là que commence réellement l'état de Folie ou l'état de maladie mentale.

Cette situation d'esprit, si fréquente, est très intéressante à observer et à décrire. Il existe en effet, une loi du monde moral correspondante à une loi du monde physique.

De même que dans le monde physique l'attraction appelle la répulsion d'une manière fatale, de même, dans le monde moral, on observe un phénomène absolument identique. Vous êtes d'autant plus attirés par une idée que l'on est plus disposé à la repousser; l'action amène la réaction; il y a attraction et répulsion successive pour la même idée, pour la même émotion, pour la même impulsion. La crainte excessive que l'on a du précipice nous porte machinalement à nous précipiter; il y a l'attraction du vide. C'est au moral, le même phénomène que le vertige que l'on éprouve lorsqu'on est placé sur une haute montagne ou sur une tour élevée, ou bien lorsqu'on regarde par une fenêtre ou par-dessus un balcon. On a tellement peur de tomber par la fenêtre ou de se précipiter dans le vide qu'on se sent comme attiré par le précipice. On a une crainte exagérée de

se détruire et on se sent porté à accomplir le suicide que l'on redoute au plus haut degré. Ces deux phénomènes psychiques qui semblent se contredire à première vue, s'attirent au contraire l'un l'autre et existent fréquemment ensemble dans l'intelligence humaine, surtout chez certains aliénés avec conscience de leur état.

Ces émotions pénibles sont la base la plus habituelle de la Folie avec conscience et l'on voit souvent arriver dans nos asiles des malades atteints de cet état particulier que je vous ai déjà décrit sous le nom de mélancolie avec conscience. Ces malades sont au moral, ce que les hypochondriaques sont au physique. Tandis que les hypochondriaques redoutent une maladie grave et incurable, d'un organe quelconque de l'économie, les mélancoliques avec conscience, redoutent une maladie mentale et craignent de devenir aliénés. Ils s'étudient eux-mêmes et analysent toutes leurs sensations, comme les

hypocondriaques et ils constatent avec désespoir que tout leur état moral est changé; qu'ils n'ont plus d'intelligence, que leur mouvement intellectuel est ralenti, que leur volonté est impuissante, qu'ils ne peuvent se décider à rien, qu'ils sont hésitants en toutes choses; que leurs sentiments sont éteints; qu'ils n'aiment plus leurs parents, leurs amis; qu'ils ont même des sentiments de haine pour ceux qu'ils avaient aimés autrefois; que leur cœur est éteint, est demeuré sec; en un mot, ils s'accusent eux-mêmes au point de vue de leur intelligence, de leurs sentiments et de leur volonté, et ils ont raison de s'accuser car ces phénomènes existent réellement. Ils ont une parfaite conscience de leur état; ils sentent qu'ils sont malades et ils exagèrent même leur mal à un certain degré, comme les hypocondriaques. Ils se croient perdus, condamnés à la folie et pour toujours; ils croient qu'ils ne guériront jamais.

Ils ont perdu leurs sentiments, leur volonté,

leur énergie, leur force morale et ils se disent capables de tous les crimes; ils se croient poussés au crime et ils s'attribuent ainsi des instincts qu'ils n'ont pas réellement. Ils se croient poussés à faire le mal et se défendent eux-mêmes contre ces mauvais instincts, qui ne leur inspirent que de la répulsion et de la crainte, en demandant qu'on les protège contre eux-mêmes, qu'on leur mette la camisole, ou en venant d'eux-mêmes se faire enfermer dans les asiles d'aliénés. Ce sont des malades atteints d'hypochondrie morale ou de mélancolie avec conscience de leur état. C'est là une catégorie spéciale de mélancoliques sur laquelle j'ai déjà attiré votre attention et qui mérite de devenir l'objet d'une description spéciale.

Ces malades sont presque tous, sinon tous des héréditaires et, de plus, ce sont des intermittents et des périodiques. Ils participent donc des caractères généraux que j'ai assignés, dans la dernière séance, aux Folies héréditaires.

De plus, ils n'ont jamais d'hallucinations, ce qui est un nouveau caractère à ajouter aux précédents. Ils rentrent donc dans la catégorie générale des héréditaires que je vous ai décrits dans la dernière séance et constituent une variété spéciale à laquelle j'ai donné le nom d'hypochondrie morale, parce que ces malades sont au moral ce que les hypochondriaques sont au physique. C'est la variété émotive ou mélancolique de la Folie avec Conscience.

Restent maintenant les variétés impulsives.

Il y a des malades qui non seulement ont la crainte d'être poussés à faire le mal comme je vous le disais tout à l'heure, mais qui éprouvent réellement ces impulsions pathologiques à l'homicide, au suicide ou aux actes de violence. Ces malades impulsifs sont très dangereux au point de vue des actes qu'ils peuvent accomplir réellement et très utiles à bien étudier et à bien connaître au point de vue de la médecine légale. Ils ont été étudiés, jusqu'à

présent, par les médecins légistes, sous le nom de monomanies. On a ainsi créé autant de monomanies que de catégories d'actes à accomplir : On a admis des Kleptomanes, des monomanes homicides, des monomanes suicides, des pyromanes ; en un mot autant de monomanies qu'il existe d'actes particuliers pouvant se produire dans ces folies impulsives avec conscience. Mais ce qui les caractérise tous c'est précisément ce caractère principal de la conservation de la conscience de son état. Ces malades ont une parfaite conscience de leur état de trouble mental ; ils savent qu'ils éprouvent des impulsions involontaires qui ne sont pas naturelles, des impulsions qu'ils réprouvent, qu'ils déplorent, dont ils s'accusent, qui leur font horreur et malgré cela, ils se sentent entraînés irrésistiblement à commettre l'acte qu'ils redoutent le plus. C'est en cela que consiste le caractère pathologique et pathognomonique de ces folies avec conscience.

Ce sont des impulsions morbides involontaires, qui s'imposent à la volonté, comme les idées dont nous parlions tout à l'heure s'imposent à l'intelligence, et contre lesquelles ils sont incapables de lutter. Le malade fait tout ce qu'il peut pour résister et cette lutte intérieure est des plus pénibles. Il résiste même par des moyens extérieurs; il demande lui-même qu'on lui mette la camisole, qu'on le maintienne, qu'on le préserve contre ses propres écarts. Les individus viennent même se placer quelques fois eux-mêmes dans les maisons de santé ou dans les asiles pour se préserver contre leurs propres entraînements et pour éviter d'accomplir les actes vers lesquels ils se sentent poussés irrésistiblement; quelquefois même ils arrivent jusqu'à accomplir réellement les actes qu'ils redoutent au plus haut degré. Ce sont-là les monomanes que l'on a décrits sous les noms de monomanies instinctives, au meurtre, au suicide, à l'incendie, etc, etc; - Et qui sont en réalité des mélancoliques avec conscience de leur état, des aliénés impulsifs avec conscience. Ils

rentrent donc essentiellement dans la catégorie des malades dont je m'occupe aujourd'hui.

C'est surtout au point de vue du suicide que cette variété est intéressante à étudier.

Le suicide chez les aliénés, se produit dans des formes très diverses de maladies mentales. Mais chez les persécutés ou les mélancoliques anxieux, par exemple, le suicide est motivé par les idées délirantes. Les malades se tuent, ou cherchent à se tuer parce qu'ils ont des idées de ruine, de perte ou de persécution; ils se tuent pour échapper à une condamnation ou aux malheurs dont ils sont menacés. En un mot beaucoup d'aliénés se tuent en vertu d'un motif déterminé d'idées délirantes ou d'hallucinations impératives. Mais, à côté de ces aliénés qui se suicident en vertu d'un motif, il en est d'autres chez lesquels l'impulsion au suicide est au contraire, involontaire et non motivée, et qui ont conscience de leur état sans pouvoir résister à l'impulsion qui les

domine. Eh bien ces malades rentrent dans la catégorie qui nous occupe en ce moment. Les suicides impulsifs sont les plus dangereux de tous. Ces malades ont parfaitement conscience qu'ils sont portés au suicide mais ils ne peuvent pas résister à cette tendance qui, le plus souvent, est héréditaire dans la famille et le plus souvent héréditaire sous la même forme; attendu que la plupart des membres d'une famille se tuent et se tuent quelquefois au même âge et dans des conditions identiques, alors même qu'ils ne se sont pas connus, qu'ils n'ont pas vécu ensemble et qu'ils se trouvent dans des pays éloignés les uns des autres. La maladie héréditaire leur impose le suicide et le suicide sous une forme déterminée et presque à la même époque de la vie. Ce suicide impulsif et héréditaire est le plus dangereux de tous et celui qui exige le plus de surveillance. La plupart de ces malades arrivent même tôt ou tard, à accomplir cet acte qui leur est imposé par la maladie.

Cette variété de suicide impulsif avec conscience

méritait d'être décrite séparément et d'attirer spécialement l'attention des observateurs.

Beaucoup d'observations particulières de ce genre de suicide ont été publiées et pourraient servir de base à cette description. Pour aujourd'hui, je ne puis qu'indiquer sommairement et rapidement ces diverses variétés de la Folie avec conscience. Mais voyez combien elles sont intéressantes et comme elles se rapprochent toutes les unes des autres par ce caractère commun de la conservation de la conscience de son état, qui les distingue profondément de toutes les autres formes des maladies mentales. L'absence de la conscience de son état n'est donc pas un caractère pathognomonique de la Folie, comme on le croyait autrefois. Ce qui caractérise essentiellement les maladies mentales, c'est la naissance spontanée, involontaire et automatique des idées, des impulsions, des émotions, des sentiments et des penchants maladifs. C'est là le caractère essentiel fondamental de la Folie

et qui en fait un état essentiellement pathologique. Les idées s'imposent malgré la volonté; il surgit dans l'esprit automatiquement des émotions que l'on ne peut pas faire cesser, ni faire disparaître, des impulsions involontaires que l'on résiste, que l'on réprouve mais que l'on ne peut pas repousser et qui nous portent malgré nous, à des actes auxquels on ne peut résister tout en les déplorant et en les condamnant. — Les malades apprécient sainement leur état de maladie, mais ils ne peuvent pas le dominer et ne peuvent pas en triompher. Parmi les variétés de la Folie avec conscience, il en est une qui est mieux connue aujourd'hui que les autres, et qui mérite d'être décrite séparément comme variété spéciale. C'est celle sur laquelle je vais insister maintenant dans la seconde partie de cette leçon. Cette variété spéciale est difficile à dénommer d'une manière définitive, car les divers noms qui lui ont été donnés jusqu'à présent n'en donnent pas une idée suffisamment exacte ni complète. De tous les noms

qu'on lui donne aucun n'est rigoureusement exact et susceptible d'être accepté par tous sans conteste. - Mon père l'a appelée la Folie du doute parce que le doute et l'hésitation sont certainement le fait psychologique fondamental qui sert de base à toutes les variétés de cet état mental spécial. Ces malades qui ont conscience de leur état, ont comme base de leur état psychologique, l'hésitation continuelle dans la pensée et dans les actes; ils doutent de tout et hésitent constamment en toutes choses: Ils ne peuvent arriver à se faire une conviction complète sur aucun fait, même sur les faits les plus élémentaires et les plus évidents. Cette hésitation qui existe d'abord dans la pensée, se propage ensuite dans les actes et dans la conduite. Le doute est donc le premier phénomène initial de cette maladie. Il existe même dans l'enfance et dans la jeunesse. On voit dans les pensionnats, dans les lycées, dans les couvents, des enfants qui ont des scrupules exagérés et qui dès leur bas âge, ont commencé

à douter de tout, à douter de leur propre raison, de toutes les idées les plus évidentes que tout le monde accepte sans conteste. Ces scrupules portent souvent sur des idées religieuses. Dans les couvents ou dans les pensionnats, des jeunes gens ou des jeunes filles sont remarqués comme éprouvant des scrupules exagérés, comme se confessant souvent et les confesseurs connaissent souvent mieux que les médecins cet état mental spécial que l'on observe souvent à l'âge de la puberté. Ces enfants s'accusent de tout, sont scrupuleux à l'excès; ils ne peuvent arriver à se satisfaire, se défient d'eux-mêmes et s'accusent toujours. Ils se croient toujours coupables, et se croient coupables surtout pour des futilités, pour des vécillies; ils s'accusent sans cesse, sans pouvoir jamais arriver à se convaincre de leur non culpabilité. Le scrupule exagéré est donc le premier degré de cet état mental, et c'est ordinairement à l'époque de la puberté, ou peu de temps après la puberté, que cet état mental se caractérise de plus en plus. —

Quelques fois, c'est à la suite d'une fièvre typhoïde, d'une maladie aiguë, d'une variole, d'une rougeole, d'une maladie aiguë ou fébrile que survient ordinairement cette variété spéciale de Folie avec Conscience dont je vous parle en ce moment.

Ces malades commencent par être dans un état de vague, d'incertitude et de doute, d'hésitation qui porte sur toutes les idées et sur tous les actes de la vie habituelle. Ils hésitent pour écrire, pour mettre une lettre à la poste, pour tous les actes les plus simples de la vie de chaque jour. Tout devient pour eux une difficulté; ils ne peuvent se décider à rien; ils ont, en un mot, l'indécision personnifiée. Ce doute existe dans le domaine de toutes les facultés dans l'intelligence dans la sensibilité, dans la volonté et par conséquent dans les actes qui en sont la conséquence.

C'est là l'état général qui sert de base à cette maladie et le premier phénomène qui signale son début, pour persister ensuite pendant toute sa durée.

Mais, chose remarquable, sur ce fond maladif primitif,
 suit ordinairement tout à coup, à un certain moment
 que l'on peut préciser, à un certain jour que l'on
 peut déterminer et que l'on retrouve dans les antécédents
 des malades quand on les interroge plus tard sur le
 mode d'invasion de leur maladie, il survient, dis-je,
 à un certain jour, un fait, un accident, un événement
 quelconque qui devient l'occasion, le point de départ
 de l'idée dominante qui caractérisera dorénavant
 la maladie et qui persistera souvent pendant toute
 la vie. Ce sont des craintes spéciales de la même
 nature que celles que je vous ai indiquées tout à
 l'heure qui deviennent le fait dominant et saillant
 de cette maladie dont le doute et l'hésitation consti-
 tuent le fond. Par exemple, le malade a vu un
 certain jour un chien qui a mordu un individu.
 A partir de ce jour l'idée d'un chien enragé entre dans
 l'esprit du malade prédisposé ou déjà atteint de la
 maladie du doute et dès lors la crainte des chiens

enragés va devenir l'idée dominante de toute sa vie. Chez d'autres, ce sont des épingles, des aiguilles, des morceaux de verre pile, des petits papiers, des objets insignifiants ou peu importants qui ont frappé leurs regards et qui ont produit sur leur intelligence un effet si puissant que l'idée une fois entrée dans leur esprit y prend domicile et ne le quitte plus pendant toute la vie.

Il est remarquable, en effet, que la plus part de ces malades qui ont commencé par le scrupule, l'hésitation et le doute, s'étendant aux choses les plus diverses, arrivent ordinairement tout à coup à une idée délirante déterminée qui domine alors leur esprit d'une façon presque exclusive. Ces malades présentent dans l'ensemble de leur intelligence des troubles variés de diverses facultés qui démontrent bien qu'ils ne sont pas atteints de monomanie vraie dans le sens rigoureux du mot, malgré la prédominance d'une idée toujours la même, est très prononcée et très remarquable et attire souvent seule l'attention des observateurs.

Et, chose remarquable, le nombre de ces idées délirantes qui existent chez les différents malades, n'est pas très considérable et l'on constate, avec étonnement sous ce rapport, la grande monotonie des idées délirantes, souvent les mêmes que l'on observe chez les différents malades observés dans tous les pays, dans tous les temps et dans toutes les catégories sociales. Il y a à peine une trentaine d'idées délirantes, toujours les mêmes, que l'on rencontre chez les malades, appartenant à cette variété spéciale de Folie avec conscience, et ces idées peuvent être désignées à l'avance et on retrouve les unes ou les autres chez les divers malades que l'on est appelé à observer. Ces idées sont celles que j'ai déjà indiquées tout à l'heure sommairement; la crainte des chiens enragés, la crainte du verre, des aiguilles, des épingles, des hosties, des objets métalliques, comme les pièces de monnaie, la crainte des objets malpropres ou pouvant communiquer une contagion quelconque. En général, les objets métalliques surtout inspirent à ces malades une grande répulsion. En un mot, ce qu'il y a

de remarquable c'est que les mêmes craintes, très-peu nombreuses que je viens d'énumérer, se rencontrent chez presque tous les malades de ce genre que l'on est appelé à observer.

Cette maladie qui semble très bizarre au premier abord, qui peut paraître très-rare, est, au contraire très-fréquente. Seulement on l'observe rarement dans les asiles d'aliénés. On ne l'observe que dans les familles, dans la pratique civile, dans la clientèle privée. Elle est surtout souvent observée par les médecins qui s'occupent des maladies nerveuses et qui ont une clientèle mixte de ces nerveux tenant le milieu entre les maladies nerveuses et les maladies mentales proprement dites. Ces médecins voient un très-grand nombre de malades de ce genre. Cette maladie est donc beaucoup plus fréquente que l'on ne croit et mérite par conséquent d'être étudiée et décrite avec soin. Elle existe dans toutes les classes de la société mais surtout dans les classes supérieures. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, mais elle existe également assez souvent

chez l'homme. C'est une Folie héréditaire, liée à —
 l'hérédité des névroses et des maladies mentales et elle a des
 caractères particuliers tellement distincts, tellement spéciaux
 et pathognomoniques qu'une fois bien décrite on retrouve,
 dans la pratique, des malades absolument semblables à
 la description théorique qui en a été faite. C'est cette
 description que je vais chercher à vous esquisser rapide-
 -ment.

Le caractère fondamental de cette maladie, c'est le
 doute et l'hésitation en toutes choses, portant à la fois
 sur les idées et sur les actes; mais un autre caractère
 qui vient plutôt s'ajouter au précédent, c'est la crainte
 du contact des objets extérieurs, la crainte de toucher les
 objets. C'est là un fait très singulier et très bizarre,
 mais que l'observation démontre comme très fréquent.
 Ces malades ont donc à la fois le doute et la crainte de
 toucher. Ce sont là les deux faits fondamentaux et
 les plus saillants de cette maladie.

Elle présente plusieurs degrés très importants à —

décir et à distinguer au point de vue clinique.

Dans le premier degré de la maladie ces malades peuvent encore vivre de la vie commune, de la vie sociale et le trouble mental est tout à fait intérieur. Le malade seul est témoin des modifications qui se sont produites dans son intelligence, et s'il ne faisait pas de confidences, personne ne pourrait s'apercevoir, à cette période de son état mental. A cette époque cet état est encore compréhensible avec les apparences de la raison et avec la vie commune, mais plus tard, les malades ne peuvent plus se contenir et les actes viennent s'ajouter aux idées. Leur manière de vivre, leur maintien, tous leurs actes en un mot, depuis le commencement de la journée jusqu'à la fin sont tellement saillants, tellement flagrants, que l'état de maladie mentale n'est plus contestable pour personne. Le degré de la maladie a donc une grande importance au point de vue du diagnostic de la folie et au point de vue des conséquences à en tirer, pour la séquestration par la médecine légale.

Ce ne sont donc pas seulement des différences de degré, mais des différences essentielles au point de vue des applications.

Il faut avoir observé un certain nombre de ces malades pour se rendre compte de l'étrangeté et de la bizarrerie de leur manière d'être et de leurs actes. Ces malades sont tourmentés intérieurement par un besoin de répétition incessante. Ils ont le besoin de se répéter à eux-mêmes, mentalement, les mêmes mots, les mêmes idées et de revenir incessamment sur les mêmes questions, sur les mêmes doutes, sur les mêmes perplexités. L'objet de cette perplexité varie selon l'idée dominante, mais l'état général est le même chez tous. Les doutes et les questions portent sur les chiens enragés, sur les épingle ou les aiguilles, sur le verre, sur les petits papiers, sur mille objets variés, mais l'état mental est toujours le même. C'est une maladie surtout caractérisée par le besoin de répétition mentale, le besoin de répéter constamment à soi-même et aux autres les mêmes idées, les mêmes

questions; les mêmes interrogations, les mêmes doutes, les
mêmes hésitations, sans jamais pouvoir arriver à se satisfaire
et à se convaincre. Or ce travail intérieur de répétition
mentale est un travail des plus pénibles. C'est une lutte
intérieure incessante entre la partie restée saine de l'individu
et la partie malade. Cette lutte est tellement pénible
et tellement fatigante que les malades sont obligés d'avoir
recours à des moyens accessoires, à des procédés ingénieux
et variés pour parvenir à s'arrêter de temps en temps, pour
parvenir à se dominer eux-mêmes et à suspendre momen-
tanément, ce travail incessant de leur pensée. Or, ces
moyens sont de deux ordres: Ils s'imposent certaines
pénitences, certains vœux, ou certains actes pour mettre
une fin à ce travail intérieur, à ce dialogue intérieur
incessant et si fatigant. Les uns font, par exemple, le
vœu de répéter le même mot ou la même phrase, trente fois,
quarante fois, cinquante fois, en se déclarant que lorsqu'ils
seront arrivés au nombre déterminé, ils cesseront de se parler
à eux-mêmes et de se répéter la même phrase ou le même mot.

45

D'autres emploient d'autres moyens variés pour arriver à faire cesser leur travail d'élirant intérieur ou du moins pour le suspendre momentanément. Ces moyens sont souvent très-ingénieux mais n'aboutissent pas toujours à un résultat, tant l'idée s'impose avec tenacité et avec persistance, et tant la lutte intérieure est vive et pénible !

Mais la plupart de ces malades ne se bornent pas à s'imposer à eux-mêmes des obligations et des moyens de restriction, ils cherchent un appui au dehors, et ils trouvent dans les personnes qui les entourent, dans leurs parents, dans leurs amis, dans leurs serviteurs de véritables souffre-douleurs.

C'est là un second caractère très-important, de cette maladie, après la répétition mentale. Ils ont besoin d'ajouter l'affirmation étrangère à leur propre affirmation qui ne peut ni leur suffire ni les satisfaire, ni produire chez eux la conviction. Ils sont constamment dans le doute et dans l'hésitation ; ils ne peuvent arriver à se convaincre eux-mêmes, tout en se répétant constamment

les mêmes preuves et les mêmes démonstrations. Ils cherchent alors un nouvel élément de conviction dans une affirmation étrangère; ils obligent ainsi les personnes qui les entourent à répéter incessamment les mêmes choses, les mêmes phrases et les mêmes mots, un certain nombre de fois et à leur répéter incessamment les mêmes assurances consolatrices. Il faut leur répéter par exemple un grand nombre de fois: Non vous n'avez pas commis telle mauvaise action; non il n'y avait pas de chien enragé; Non, vos vêtements n'ont pas touché le chien enragé etc, etc. On est ainsi obligé de répéter un grand nombre de fois les mêmes mots et les mêmes assurances pour tâcher d'arriver à les satisfaire et à les convaincre. Ils ont besoin d'ajouter l'affirmation d'autrui à leur propre affirmation. La plupart de ces malades ont donc auprès d'eux un souffre douleur qui joue à leur égard le rôle de répétiteur passif et de consolateur obligé. C'est là un caractère presque constant de leur état mental.

Les actes de ces malades, quelle que soit la variété de leur idée délirante prédominante, sont toujours les mêmes

chez tous les malades et en quelque sorte stéréotypés.

Ils ont la crainte du contact des objets extérieurs et redoutent les dangers les plus grands par l'effet de ce simple contact entre les objets du dehors et leur propre personne ou leurs vêtements et ils font des tours de force continuels pour éviter le moindre contact ou le moindre frottement. Ils ont la crainte de rencontrer sur leur passage des épingles, des aiguilles, des objets métalliques, des objets malpropres, des objets contagieux, des objets ayant été en contact avec des chiens ou des chats, etc, etc; et ils les évitent par tous les moyens en leur pouvoir. Cette crainte incessante du contact, de la malpropreté ou de la contagion nuisible domine et modifie toute leur existence depuis le matin jusqu'au soir. L'action de se lever, de s'habiller, de changer de vêtements, de passer d'un appartement dans un autre, d'ouvrir les portes ou les fenêtres, de se mettre à table, de toucher un couteau ou une fourchette, de manger, de s'asseoir sur une chaise ou sur un fauteuil, tous les actes de la vie, en un mot, deviennent une difficulté presque insurmontable et

une cause d'hesitation), de discussion intérieure et de conversation interminable avec soi-même. Ces malades arrivent ainsi peu à peu à s'isoler de plus en plus du monde extérieur, à se renfermer dans leur chambre, à ne plus se lever et à ne plus sortir de leur appartement pour n'avoir plus à s'habiller et à toucher leurs vêtements. -

Ce sont là les différents degrés de cet état mental tout particulier et qui présente toujours les mêmes caractères chez tous les malades que l'on est appelé à observer. Ils ont peur que leurs vêtements ne frotent une muraille ou une personne qui passe, une chaise ou un meuble quelconque. Ils craignent en un mot le contact de tous les objets extérieurs avec leur personne ou avec une partie quelconque de leurs vêtements. Ils craignent de se mettre à table, de s'asseoir; ils hésitent longtemps avant de se décider à s'asseoir, à manger, à se servir d'une fourchette ou d'une assiette; ils ne veulent pas se servir d'un couteau ou d'un verre, parcequ'ils pourraient être malpropres ou avoir touché l'objet redouté. Tout devient obstacle insoluble,

difficulté insurmontable dans leur vie de chaque instant, de chaque jour, de chaque heure de la journée. Ce délire du toucher transforme toute l'existence de ces malades et leurs craintes deviennent tellement dominantes et absorbantes, qu'elles dominent chez eux toutes les autres idées et tous les autres sentiments et ne leur laissent plus un seul instant de répit. Ils arrivent ainsi à ne plus pouvoir vivre de la vie commune et à ne plus pouvoir se soumettre à aucune exigence sociale, à ne plus pouvoir remplir aucune profession, à ne plus pouvoir rien faire. Ils sont ainsi obligés de passer leur vie dans leur chambre, occupés à des lavages perpétuels, se servant constamment de nouvelles serviettes pour s'essuyer et effacer les traces des divers contacts qu'ils ont pu subir, ne voulant jamais changer de linge, ni de vêtements, parceque ceux qu'ils devraient mettre à la place auraient pu toucher l'objet contaminé; ils se lavent constamment les mains, consomment des quantités énormes d'eau, de savon et de serviettes; en un mot, ils sont constamment occupés à

se préserver contre les contacts extérieurs et à chercher à en effacer les effets misérables quand ils n'ont pas pu arriver à s'en préserver !

Il résulte également de cette maladie que ces malades ne veulent pas changer de linge, ni de vêtements, qu'ils ne veulent pas s'habiller, ni surtout prendre de nouveaux vêtements; et que souvent, pendant plusieurs années, ils conservent la même chemise, le même pantalon, la même robe, craignant que les nouveaux vêtements n'aient subi le contact de la chose qu'ils redoutent. C'est à dire des chiens enragés, des aiguilles, des épingles, des objets misérables qui pourraient leur communiquer une contagion ou une maladie quelconque.

Cette maladie est tellement ^{bien} caractérisée que lorsqu'on en a vu plusieurs exemples, c'est comme si on les avait tous vus, car ils se ressemblent tous. Chose étonnante ! Tous ces petits détails, que je viens de vous énumérer, qui paraissent absolument insignifiants et individuels et qui paraissent de véritables niaiseries, sont tellement

fréquents et tellement identiques chez tous les malades, qu'ils acquièrent par cela même une véritable importance et servent à caractériser essentiellement cette variété clinique bien réellement existante et parfaitement déterminée dans son ensemble et dans tous ses détails.

Lorsqu'on a observé quelques uns de ces malades, on les a tous observés, car ils se ressemblent tous. Il n'y a entre eux que des différences de degré, mais ces degrés ont une grande importance au point de vue pratique. Au premier degré, par exemple, ces malades peuvent encore continuer à remplir les devoirs de leur profession et à vivre de la vie commune, de la vie de famille et de la vie de société.

On trouve, par exemple, quelques uns de ces malades parmi les employés de diverses administrations. On trouve, en un mot, dans diverses situations sociales, quelques individus qui présentent ces dispositions malades et qui cependant peuvent parvenir à les vaincre et à en triompher assez pour qu'elles ne soient pas apparentes à tous les yeux.

C'est là le 1^{er} degré de la maladie, mais ordinairement

il augmente avec le temps, et arrive alors à un degré plus avancé, qui devient alors incompatible avec la vie commune. Alors ces mêmes malades qui ont pu vivre pendant longtemps en société, sont obligés de s'isoler, de s'enfermer chez eux et de vivre d'une vie tout à fait exceptionnelle. Il en est même que l'on est obligé d'enfermer dans les asiles d'aliénés; mais c'est là le plus petit nombre; et ceux qui sont arrivés au degré le plus extrême de cet état mental. Dans cet état de paroxysme, ces malades ne se bornent plus à répéter constamment les mêmes paroles et les mêmes actes; ils éprouvent le besoin de se livrer aux actes les plus déordonnés. Alors, ils ne sont plus possibles dans la famille et l'on est obligé de les enfermer, surtout parcequ'ils deviennent une cause de tourment incessant pour tout leur entourage et qu'ils rendent la vie absolument impossible à tous ceux qui les entourent. Mais ce sont là les cas les plus rares et dans les maisons de santé, comme dans les asiles, on ne voit que rarement des malades de ce genre.

Cette maladie a tous les caractères que je vous ai

indiqués pour les folies héréditaires en général. -
 D'abord, on constate, presque toujours des preuves d'hérédité
 nerveuse ou mentale chez les ascendants. Elle présente ensuite
 une tendance évidente à la périodicité, ou plutôt à la
 remittance très-prononcée. Elle dure ordinairement pendant
 toute la vie, mais, avec de très-grandes différences de degré
 selon les périodes. Elle présente des paroxysmes très-intenses
 et des rémissions très-prononcées. Les rémissions peuvent
 même être tellement fortes, que sous l'influence d'un
 traitement actif, d'un traitement moral ou de l'hydrothérapie,
 sous l'influence de la vie réglée et de divers moyens employés
 pour calmer le système nerveux, on voit survenir de très-
 grandes améliorations qui peuvent durer pendant plusieurs
 années. Les malades reprennent alors leur vie habituelle,
 présentent peu de symptômes apparents, mais les dispositions
 mentales antérieures persistent dans le for intérieur, comme
 on peut s'en assurer quand les malades consentent à faire
 des aveux ou des confidences. Cette maladie est donc essentiel-
 lement paroxysmique et par conséquent grave puisqu'elle

se reproduit habituellement à plusieurs reprises, à un
degré prononcé, et dure en réalité pendant toute la vie.
Ces malades n'ont pas d'hallucinations, autre caractère
propre à toutes les folies héréditaires. Amoins qu'il n'existe
un mélange de plusieurs formes mentales, comme cela
existe quelquefois, ces malades n'ont pas d'hallucinations,
même dans les paroxysmes les plus intenses. Mais quel-
que fois il y a mélange entre cette forme mentale et le délire
de persécution. Autre caractère; ces malades n'aboutissent
jamais à la démence. Ils peuvent vivre jusqu'à 70 ans
et davantage et ne jamais arriver à l'affaiblissement
intellectuel. Les mêmes phénomènes que l'on a observés
chez eux à l'âge de la puberté, dans la jeunesse et dans
l'âge mûr, on les retrouve à un âge plus avancé.
J'ai sous les yeux plusieurs exemples de ce genre, observés
par mon père et par moi-même pendant très longtemps,
et qui conservent les mêmes caractères de délire, quoique
arrivés à un âge très-avancé.

Ainsi donc, cette variété de Folie avec conscience

présente tous les caractères généraux assignés par moi aux folies héréditaires dans la dernière séance. Cette maladie est héréditaire; elle est périodique, elle se produit sous forme d'accès et de rémissions très-prononcées; elle est caractérisée par des idées ou des impulsions involontaires mais avec conscience; elle s'accompagne de troubles nerveux, de tremblements, de phénomènes variés du côté du système nerveux; elle est périodique et n'aboutit pas à la démence; enfin, elle ne présente pas d'hallucinations. Elle a donc tous les caractères principaux des folies héréditaires. -

Le pronostic est grave puisque la maladie se reproduit et peut durer toute la vie; mais elle est susceptible de présenter de longues périodes d'amélioration; il y a donc lieu de lui appliquer les moyens de traitement indiqués: tout à l'heure, non seulement de traitement physique mais de traitement moral qui consiste à lutter incessamment contre les dispositions malades. Dans les cas extrêmes enfin, il faut recourir au placement dans

un établissement d'aliénés, où la règle, la vie régulière et la nécessité de se soumettre à certaines exigences de tous les jours peut produire d'honnêtes résultats. Dans d'autres cas encore, on ordonne des voyages, à pied ou en voiture et à la suite de ces longs voyages, on a vu cette maladie se modifier favorablement. Elle n'est donc pas aussi incurable que d'autres variétés dont je vous ai parlé précédemment.

Elle exigerait une description bien plus détaillée et plus étendue, mais j'ai voulu aujourd'hui vous indiquer simplement sous une forme rapide, ses principaux caractères. Ces caractères sont tellement pathognomoniques qu'on peut, en quelque sorte, reconnaître ces malades à première vue, en les apercevant pour la première fois. Il suffit de voir un malade qui hésite à ouvrir une porte, qui prend le pan de son habit ou de sa robe pour toucher le bouton d'une porte et l'ouvrir, pour déclarer avec certitude que ce malade appartient à la catégorie que je viens de vous décrire, et pour faire, d'après ce

simple fait, toute la description de la maladie. On donne souvent les familles, en leur décrivant ainsi toute la maladie d'après un simple fait dont on vient d'être témoin. Quand on voit un malade hésiter dans les actes de la vie ordinaire, relever sa robe ou son vêtement dans la crainte de toucher les objets, s'éloigner d'une muraille pour en éviter le frottement, ne pas pouvoir s'asseoir, faire en un mot, un des actes que je vous ai signalés, on peut par ce seul fait, deviner toute la maladie et la décrire dans son début, dans son évolution, dans ses diverses périodes et dans l'ensemble de ses caractères, sans craindre de se tromper. C'est donc là une variété clinique de Folie avec conscience, très-spéciale, méritant d'être distinguée et décrite séparément au milieu du vaste groupe des Folies héréditaires. M^r Legrand du Saulle a fait sur ce sujet, une monographie très-intéressante, dans laquelle il a collectionné un grand nombre d'observations empruntées à divers auteurs, soit en France, soit à l'étranger, mais elle mériterait d'être complétée par de nouvelles observations.

Où ces observations sont très nombreuses. Chaque médecin, même très-occupé et très répandu n'en voit qu'un très-petit nombre; mais cette maladie se ressemble dans toutes les conditions sociales, dans tous les pays, dans tous les lieux; on peut l'observer à tous les degrés de l'échelle sociale, quoiqu'elle soit plus fréquente dans les classes élevées de la société.

C'est dans une maladie réellement distincte une variété, si l'on veut, de maladie mentale, mais une variété clinique bien déterminée et qui mérite d'être décrite séparément et détachée du groupe trop vaste et trop étendu des Folies héréditaires. C'est en cela que consistera l'avenir et le progrès de notre science spéciale.

Il ne faut pas se contenter des catégories trop vastes que nous possédons aujourd'hui, les paralysies générales, les Folies héréditaires, et les diverses formes de maladies mentales que j'ai décrites séparément.

Il faut tâcher de descendre davantage dans le détail et de spécialiser de plus en plus l'observation.

Après avoir étudié les caractères communs à de grands groupes de malades, il faut rechercher les caractères différentiels ; il faut préciser de plus en plus la description des espèces et des variétés jusque dans leurs détails : On arrivera ainsi, dans la pathologie mentale à décrire des espèces tellement nettes et tellement bien déterminées qu'on les distinguera comme les espèces végétales ou animales.

C'est là le vrai progrès de la science.

Pour le moment, nous ne possédons encore que quelques unes de ces espèces ou de ces variétés. Beaucoup d'autres nous sont encore inconnues et doivent être recherchées et étudiées. Au lieu de se borner à des généralités philosophiques ou psychologiques, comme on l'a fait jusqu'ici, ou bien de se borner à décrire l'aliéné en général, comme un être abstrait pouvant présenter les formes les plus diverses,

il faut arriver à spécialiser de plus en plus. après
avoir établi de grands genres, de grands groupes, il
faut faire des espèces, et après avoir fait des espèces,
il faut chercher des variétés, tellement bien déterminés,
qu'on pourra ainsi arriver à une véritable précision
dans le diagnostic et le pronostic de chacune d'elles.
C'est là le progrès et c'est pourquoi des variétés
qui paraissent trop spécialisées et trop peu impor-
tantes pour être décrites séparément, comme celle
que je viens de vous exposer tout à l'heure, ont,
au contraire une véritable importance comme indice
des progrès futurs de la science! —

Résumé
 du Chapitre de Saury
 sur les Syndrômes Épisodiques
 des Hérititaires.

Depuis l'acte le plus simplement pécuniel jusqu'aux
 faits de la plus haute gravité, depuis l'idée la plus —
 extravagante jusqu'à l'obsession la plus dangereuse, toutes
 les tendances peuvent germer dans l'esprit des dégénérés !
 Les uns n'osent pas toucher la monnaie d'argent, d'or ou de
 cuivre, de peur de contracter des maladies inconnues, les
 autres n'ouvrent jamais une porte sans s'être enveloppé les
 mains avec les pans de leur habit⁽¹⁾. La crainte prend chez
 eux les formes les plus variées. Tantôt, comme dans l'obser-
 vation V, c'est la répulsion pour certaines substances,
 considérées comme nuisibles, l'appréhension de la vue ou du
 contact des Épingles, du verre, du jais ou du mastic de vitrier.

⁽¹⁾ Morel, traité des maladies mentales p. 530, Paris 1860.

Morel parle d'un Suisse de la cathédrale de Rouen qui depuis 25 ans, par suite de répugnances absurdes, n'ose toucher sa halberde et a beaucoup de peine à s'y décider, avec la conviction qu'il ne pourra plus y réussir le lendemain. Dans l'observation IV le délire du toucher s'accompagne de la frayeur d'un animal, chien ou chat.

Il en est des malades qui ont des scrupules chimériques, font leur mea culpa à propos de tout et de rien. Certains redoutent d'être accusés d'avoir volé, et se demandent s'ils n'ont pas effectué tel ou tel détournement. Chez d'autres l'exactitude dégénère en bagatelles insignifiantes, crée l'hésitation pour toutes choses et fait surgir l'inquiétude pour les actes les plus ordinaires de la vie. Ou bien ce sont des superstitions bizarres : Crainte des enterrements ou des robes noires : Un autre prête une signification favorable ou fâcheuse à l'un des jours de la semaine, au quantième du mois. Mansley parle d'un malade qui pense constamment à certains nombres et à certains mots et qui

remarque que ces nombres et ces mots apparaissent à lui avec une fréquence mystérieuse, dans toutes les occasions.

Morel cite l'exemple d'un magistrat qui avait le soin de ne pas appuyer son pied à angle droit sur les points de jonction des pavés et pour lequel toute disposition en forme de croix devenait un signe de mauvais augure.

Chez certaines personnes, envahies par une idée fixe, l'obsession prend une forme interrogative. Le pourquoi et le comment des choses semble s'appliquer aux sujets les plus inexplicables et cette recherche incessante détermine une grande tension intellectuelle. - Legrand du Saulle⁽¹⁾ cite le fait d'un négociant obligé constamment de discuter avec lui-même sur les questions les plus insignifiantes, les plus futiles. Il en est de même d'un malade de Griesinger⁽²⁾ qui se posait les questions métaphysiques les plus abstraites et les plus insolubles. -

I. Agoraphobie. - On a donné ce nom à l'état particulier

(1) Folie du doute, p. 17.

(2) Archives de Psychiatrie 1868.

des individus qui ont la terreur des espaces, qui tremblent à l'idée de traverser une place, une rue, un lieu largement ouvert. Le nom de Topobhobie serait mieux choisi car, selon la remarque de Ritté (Folie avec conscience) on constate, dans les diverses observations, que les malades sont pris de la même peur au théâtre, à l'église, à un étage un peu élevé, à une fenêtre donnant sur une cour, ou sur la campagne, dans un omnibus, dans une barque ou sur un pont. Ils ont en un mot l'horreur du vide, qu'il s'applique à la hauteur, à l'étendue ou à la profondeur. Chose remarquable, la plupart n'éprouvent ces phénomènes vertigineux que quand ils sont seuls : le secours d'un bras étranger, une distraction momentanée, variable selon les personnes, peut calmer le sentiment d'angoisse qui les étreint. Dans une observation de Westphal⁽¹⁾, un voyageur de Commerce, voulant traverser une place de Berlin, a l'impression que cette place a une longueur de plusieurs milles et qu'il ne pourra jamais atteindre la fin. —

(1) Arch. de psych. T. III, 1872. —

L'anxiété le saisit alors, ainsi qu'un tremblement général. Ces symptômes diminuent s'il contourne la maison ou en suivant les maisons, s'il est accompagné ou s'il s'appuie seulement sur une canne.

Le même auteur parle d'un curé en proie à la plus grande inquiétude dès qu'il se trouvait dans un lieu sans route et sans plafond: à la campagne il marchait le long des taillis, recherchait l'abri des arbres; en plaine il ouvrait son parapluie sous lequel il était plus rassuré.

Legrand du Sault⁽¹⁾ cite un jeune lieutenant d'infanterie qui était saisi de frayeur en traversant une place publique, en habits bourgeois, mais qui reprenait son assurance quand il arpentait la même place en uniforme et le sabre au côté. Il ressentait les mêmes troubles, en apercevant le rideau du haut d'une colline ou d'une fenêtre élevée. Aussi, après avoir souvent changé de logement, il habitait une boutique dont il laissait les volets fermés. En tout temps il allumait une bougie, couchant dans l'arrière boutique, sortait et

(1) Gazette des Hôpitaux 23 octobre 1877. —

rentrait par la petite cour de la maison.

A côté de l'Agoraphobie et comme contraste on peut constater la peur des espaces fermés (Claustrophobie). Ces malades redoutent de se trouver confinés dans un endroit quelconque : chambre, omnibus, wagon de chemin de fer ; d'autres sont pris d'agitation et d'angoisse en passant sous un pont ou sous un tunnel.

Tous les auteurs signalent, dans ces cas, l'hérédité comme cause, mais sans y attacher assez d'importance. Nous ne saurions voir dans la topophobie qu'un syndrome de dégénérescence. D'abord, elle n'existe pas toujours, à titre de symptôme isolé et nous pouvons citer une observation personnelle (Obs. II) dans laquelle l'agoraphobie au lieu d'être une particularité saillante et unique, relève d'une formule délirante complexe : Idees mystiques et hypochondriaques — troubles de la sensibilité générale — lucidité apparente — Impulsions diverses — Agoraphobie. —

II. On pourrait objecter que beaucoup d'individus, — instruits et intelligents pour la plupart, tout en se faisant remarquer par des actes étranges et méticuleux ne doivent pas cependant être considérés comme des malades. Il est certain qu'un trait ridicule, une minutie, une précaution exagérée, isolés et fugaces, ne suffisent pas pour constituer un état pathologique. Mais en est-il de même si ces inconséquences, au lieu de s'interrompre, s'imposent comme un besoin opiniâtre ? Si la répétition de la pensée ou de l'acte anormal, si l'Obsession et l'anxiété consécutive finissent par enlever toute liberté d'esprit ? J'ajoute que dans certaines conditions ces tendances malades sont l'indice de l'hérédité morbide. —

La plupart des états de ce genre connus sous le nom de Monomanie, hypocondrie morale, Folie lucide, névroses émotives, terreurs morbides, etc; ne forment que des variétés de la Folie héréditaire.

On peut trouver dans beaucoup d'auteurs des exemples de ce genre dispersés sous des noms différents et qui, par

une interprétation plus exacte, peuvent rentrer dans notre sujet.

Nous citons un exemple emprunté à M^r Billod, Maladies de la volonté (1), où le malade hésitait pendant des heures entières avant d'accomplir un acte, par impuissance de la volonté.

Legrand du Sault dans son mémoire de la Folie du doute avec délire du toucher a eu le mérite de réunir en un faisceau beaucoup de faits dispersés et mal classés. Mais il a eu le tort de donner à cette forme d'aliénation une existence à part et de la considérer comme une des quatre variétés de la Folie avec conscience.

Nous ne pouvons pas davantage accepter le mode d'évolution adopté par lui, à savoir la maladie débute par l'interrogation mentale produite par le doute et la crainte du contact des objets extérieurs. Il en conclut que dans la désignation de la maladie, le doute ouvre

(1) Ann. médico-psychol. 1847, pag. 172. -

la scène et les excentricités du tact la ferment et que par conséquent les deux mots de doute et de délire du toucher doivent s'y trouver réunis. —

Il ajoute que cette maladie est paroxysmique mais qu'elle passe par trois étapes tout à fait différentes l'une de l'autre. Ces formules devaient servir à circonscrire un cadre pathologique dont l'expression est, au contraire, très variée. Cette succession existe sans doute dans quelques cas, mais le peut exister sans délire du toucher et réciproquement, et les deux syndromes peuvent se trouver mêlés, ensemble ou séparément, à d'autres signes épisodiques. En fait, tous ces phénomènes présentent, dans leur début et dans leur marche, une grande irrégularité. La Folie du doute n'est qu'un accident de la Folie des dégénérés. C'est un événement secondaire survenant dans le cours d'une action principale. Que la crainte se porte sur tel ou tel objet, qu'elle se déploie ou qu'elle se concentre, on y retrouve toujours les attributs de l'aliénation héréditaire.

Deux observations prises dans le travail de

Legrand du Saulle (III et X) rapprochées d'autres présentées plus loin seront la meilleure confirmation de notre thèse. La 1^{re} (obs. III) est empruntée à l'article Monomanie d'Esquirol (Mal. ment. T. II, p. 63): Scrupules — Appré-
hensions — Délire du toucher — Lucidité. — Une seule chose en a regretter dans cette observation si complète en tous ses détails épisodiques, c'est l'absence de renseignements héréditaires. Mais la similitude des troubles avec ceux des malades qui font la base de notre étude est évidente. —

Obs. IV (personnelle) Hérédité double et convergente presque similaire. — Névrosisme du grand père maternel. — Mélancolie du père: Obsessions, recherche anxieuse du nom. — Mère hystérique bizarre: Craintes diverses: Topophobie toute maternelle très-nerveuse: tendance au mysticisme — Impressionnabilité dès l'enfance et l'adolescence. — Début des accidents morbides actuels en 1876: Superstitions, terreurs, repugnances, Obsessions, Délire du toucher, Agoraphobie, Topophobie, Onomatomanie; impulsions. — Paroxysmes, Conscience de son état. —

Cette maladie résume en elle les effets de l'accumulation de la tare neuropathique d'une famille. — L'intérêt de cette observation repose surtout sur la multiplicité des troubles morbides, offerts d'une façon successive ou simultanée : En dehors de la variété des accidents, elle résume les traits caractéristiques de la dégénérescence : idées fixes, impulsions involontaires, angoisses à paroxysmes, conservation de l'intelligence, lutte intérieure, phénomènes dépendants tous d'une modification nerveuse héréditaire qui s'accuse dès l'enfance, non seulement par des dispositions mentales mais par la constitution physique. —

Observation V. (personnelle) Hérédité, Neuropathie
du père et de la mère — tante maternelle mélancolique,
hypocondriaque. Accidents nerveux durant la gestation de la
mère. Signes physiques de dégénérescence. — Dès la puberté,
changement de caractère. — Craintes, irrésolutions, mélancolie
ancienn. — Paroxysmes, Conscience de son état — Délire
du toucher : Crainte des épingles, des boutons de porte, du jais,
du martre de vitrier, de la porcelaine, etc. — Superstitions. —

Cette histoire pathologique représente toute la diversité de la manière d'être de l'obsession. Il y a également les accès fréquents d'angoisse, mais qui présentent bien des phases suspensives mais si courtes que les malades sont dominés par le besoin de se débarrasser d'une existence aussi pénible. Dans cette observation, la peur des épingles (belinophobie) se trouve mêlée à d'autres craintes. —

Dans un autre cas, j'ai eu l'occasion de la constater, à titre prédominant, chez une mélancolique de 32 ans qui passait ses journées à se frotter les gencives et à cracher, se figurant qu'une épingle s'était introduite dans sa cavité buccale. —

III. — L'expression morbide peut consister dans la recherche anxieuse et la répétition irrésistible d'un chiffre ou d'un nom. Un cas curieux d'Arithmomanie est noté par Legrand du Sault chez l'un de ses malades qui lui dit au moment de le quitter : « Vous avez tant de volumes dans votre bibliothèque, tant sur votre table, tant de boutons à votre gilet, etc, etc. Excusez-moi, c'est

involontaire mais il faut que je compte. » Lorsqu'il entre quelque part il additionne combien il y a de meubles, d'objets ou de vêtements de telle ou telle couleur; En chemin de fer, il compte les rivières, les ponts, etc, combien de capitons, de franges, de clous dans le wagon etc, etc.

Dans l'observation IV précédente d'Onomatomanie, la malade s' imagine avaler tous les sons qui frappent son oreille et ne cesse de cracher pour les expulser de son corps. La disposition principale à répéter mentalement les mêmes mots se retrouve dans les trois observations suivantes. Une modification profonde de l'organisme peut seule expliquer l'inquiétude générale amenée par des causes aussi futiles.

Obs. VI. (communiquée par M. Magnan.) Néuralgie intercostale — Préoccupations hypochondriaques — Choréins violents. — Besoins irrésistibles de retrouver des mots et des phrases: Angoisses, désespoirs jusqu'à la découverte de ces mots. L'onomatomanie apparaît encore plus prononcée dans l'observation suivante:

Obs. VII. (communiquée par M. Magnan)⁽¹⁾ Mère très-émotive — Déséquilibre mental. Période dépressive et accès de délire alcoolique avant la recherche angoissante du nom — Mesures de prévoyance: Cabrier, Bottin, Recherche angoissante des physionomies et des traits. Guérisson après deux ans. —

Depuis un an, la guérison se maintient. Toutefois, il est très probable que sous l'influence d'une cause morale ou de fatigues d'excès de toute autre cause il se produirait de nouveaux troubles. Chez lui il a suffi des fatigues du mariage et d'un écart de régime pour voir se développer un accès de dépression mélancolique, un délire hallucinatoire très-actif, puis l'obsession des noms et des figures. — La porte reste donc ouverte chez lui pour tout le cortège d'obsessions et d'impulsions qui accompagne l'héréditaire.

Obs. VIII — (Magnan, idem) Hérédité morbide; Dégénérescence mentale, déséquilibre dès l'enfance. À 18 ans, accès mélancolique; plus tard perversions sexuelles —

(1) Charcot et Magnan, Arch. de Neurologie. Sept. 1885. De l'onomatomanie.

Recherche angoissante du mot et du nombre. Rires et pleurs involontaires analogues aux tics — Doutes sur l'infini. Périodes irrégulières dans tout le cours de la vie; tendances au suicide dans les dernières années. —

Cette observation prouve la multiplicité des troubles cérébraux qui peuvent se manifester successivement chez le dégénéré héréditaire. L'obsession du mot et du nombre ne s'est développée chez ce malade qu'après des accès de Mélancolie avec penchant au suicide. Puis sont survenus le doute et les interrogations sur l'infini. Autant de syndromes épisodiques qui se sont trouvés réunis chez le même individu mais qui chez d'autres, peuvent se manifester isolément. —

Dans les faits précédents, l'onomatomanie consiste dans la recherche instinctive du mot ou d'un nombre que le malade s'efforce de retrouver et souvent en vain. —

Dans d'autres cas, le mot reste fixé et le patient est porté irrésistiblement à le répéter. Un malade de Magnan

poussait involontairement un cri, sans motif apparents et répondait à ceux qui en demandaient la raison: « J'ai une douleur de côté. » -

Un autre malade (obs. XVIII) est obligé incessamment de dire les mêmes mots: Mon Dieu! - Caraco! qu'il redit, sans savoir pourquoi, plusieurs minutes de suite. Par moments, il est obligé de contrefaire un chien qu'il vient d'entendre aboyer.

M^r Gilles de la Tourette a publié récemment ^(I) sous le titre: Etude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'Echolalie et de Coprolalie, une série d'observations considérées par lui comme types d'une maladie nouvelle et qui ne sont que des expressions diverses du même état général de dégénérescence: Elles présentent les mêmes phénomènes morbides que les observations précédentes: Apparition des symptômes dès le jeune âge; influence héréditaire manifeste et durable; incoordination motrice avec tics musculaire; rapidité, soudaineté de l'impulsion instinctive;

(I) Arch. de Neurol. Janvier et Mars 1885.

insistibilité habituelle malgré l'effort volontaire ; périodes d'accalmie et d'exacerbations ; régularité mentale en dehors des accès ; Conscience permanente de la situation). — Ce sont des syndrômes épisodiques auxquels nous pouvons appliquer les mêmes réflexions faites précédemment à propos de la Folie du doute.

Obs. IX. — (Gilles de la Tourette, Arch. de Neurol. 1885, p. 40) Hérédité ; tic convulsif chez le père ; une tante aliénée. — Dès l'enfance incoordination motrice ; plus tard impulsions spéciales ; Caprologie, Echolalie. —

La disposition spéciale qui pousse cette malade à proférer un mot blessant ou obscène, les phénomènes d'Echolalie qu'elle a présentés, les secousses convulsives ne sont que des incidents d'un état plus général. S'ils restent encore isolés, rien n'empêche que plus tard ils soient remplacés par des manifestations d'un autre ordre ou qu'ils y soient réunis. Ces réflexions s'appliquent à tous les dégénérés. —

Dans la discussion récente de la Société médico-psychologique (18 mai 1885) Magnan a présenté un malade présentant à diverses époques, différents signes épisodiques, dont l'évolution atteint successivement des régions distinctes de l'axe cérébro spécial.

Obs. X. — (Communiquée par Magnan) Hérédité convergente — Déséquilibration de tout l'axe cérébro spécial.
Syndrômes épisodiques : Incoordination motrice, Caprolalie, Craintes, Impulsions dangereuses, Perversions sexuelles, — Coeexistence de plusieurs Délires de nature différente : Folie héréditaire, Délire épileptique, Délire alcoolique.

Dans cette observation, autour de la Folie héréditaire, viennent se grouper plusieurs syndrômes épisodiques : Mouvements simples et complexes; Mimique des expressions passionnelles échappant à la volonté; Obsessions; Impulsions; Anomalies sexuelles, sans compter les accès mélancoliques à évolution rapide, suivis de tentatives de suicide. —

Avec cette disposition névrosique il a suffi de quelques excès de boissons pour faire surgir le délire alcoolique. Enfin l'alcoolisme de la grand mère paternelle et du père, semble, parmi les conditions étiologiques, avoir à son actif les accidents épileptiques manifestés pendant quelques années. La Folie héréditaire, le délire épileptique et le délire alcoolique ont évolué côte à côte, sans se confondre, et en présentant chacun leurs caractères spéciaux.

Nous terminerons ce qui a trait à la Coprolalie par l'histoire d'un malade de Maudsley que cet auteur donne comme un exemple de ce qu'il appelle la variété impulsive de la Folie du doute.

Obs. XI. - (Maudsley, Pathologie de l'esprit p. 335). - Hérédité vésanique - Névrosisme depuis l'enfance. Obsessions et impulsions multiples - Coprolalie. -

IV. Non seulement les malades dont nous nous occupons conservent la conscience de leur état, mais comme le dernier dont nous venons de parler,

ils luttent en désespérés contre les obsessions qui les tourmentent. Parfois ils sortent vainqueurs du combat mais ce n'est pas pour longtemps et souvent même un nouveau besoin vient prendre la place du premier.

Quand la volonté est immédiatement impuissante, ils emploient des moyens indirects et détournés. Un malade de Mandaley, harcelé parce qu'il appelait ses Fads, s'en débarrassait en les écrivant un grand nombre de fois au bas d'un livre. Un prédicateur, dit Legrand du Saule, récite des pages entières de Bossuet; un M^r fredonne la Marseillaise ou se pose des interrogations sur la table de Pythagore. Une vieille demoiselle débite quelques chansons de Beranger. Je connais un jeune homme intelligent, obligé d'interrompre ses études, à cause de la pensée fixe, angoissante, que les âmes du purgatoire seront torturées s'il ne répète pas la formule Dieu treize, qu'il accompagne de la contraction, de plus en plus énergique, du cuir chevelu. (représentation extérieure du Dieu treize). — Il essaye de tous les

procédés pour mettre un terme à cet acte bizarre, il se menace lui-même, mais il est toujours obligé d'y revenir : L'obsession reste là, invincible, brutale et suivant la propre expression du malade, le faisant douter de sa raison même. —

Un autre, pour imposer silence à des scrupules de conscience, se dépoille de son habit, en faveur du premier mendiant qui passe. Ou bien, ces individus s'adressent à leur entourage pour être rassurés ; mais la tranquillité qui en résulte est toute passagère et ils ne tardent pas à se trouver aux prises avec les mêmes inquiétudes. Un homme de 60 ans, observé par Baillarger, se trouvait obligé depuis l'âge de 20 ans, toutes les fois qu'il allait au théâtre, de rechercher toutes les particularités relatives aux actrices qu'il voyait et plus tard il éprouva le même besoin à propos de toute femme qu'il rencontrait et qu'il jugeait jolie. Dès qu'il en apercevait une il restait pendant plusieurs heures dans une grande anxiété et avait fini par se faire accompagner par une personne

chargée uniquement de le rassurer sur toutes les femmes qu'il rencontrait, pour lui affirmer qu'elle n'était pas jolie et il se contentait de cette affirmation. Une fois en chemin de fer, pendant la nuit, la personne chargée de répondre, étant fatiguée, ne put répondre si la buraliste du départ était, oui ou non, jolie ? Il en résulta une cuse si intense qu'il fallut faire repartir quelqu'un chargé de déclarer au retour que la buraliste n'était pas jolie ! Pour en revenir à l'Onomatomanie, elle consiste parfois dans la crainte du mot compromettant.

Magnan cite dans ses leçons le cas d'une dame qui croyait que l'emploi de certains mots lui portait malheur. Quand elle avait prononcé un de ces mots, elle retournait chez la personne qu'elle avait quittée pour s'assurer qu'il n'était pas arrivé un malheur. —

L'hésitation produite par le doute se reproduit souvent sous la forme interrogative. Lequand du Saulle cite une observation qui peut servir de modèle sous ce rapport. —

Obs. XII. — (p. 34) Folie du doute — Interrogation
 ancienne — Superstitions. — Délire du toucher. — Ce
 malade éprouve les craintes les plus diverses et a le besoin
 impérieux de poser des questions sur ses craintes et d'être
 rassuré. —

Un autre exemple d'interrogation se trouve dans
 L'égrand du Saulle. Il s'agit d'une jeune femme, bonne
 musicienne, qui ne pouvait sortir dans la rue sans se poser
 à elle-même, toutes sortes de questions sur tous les faits
 malheureux qui pourraient survenir.

J'ai observé également un malade de 65 ans qui,
 à côté de dispositions hypochondriaques très-prononcées,
 présente l'anxiété la plus vive toutes les fois qu'il doit
 prendre une résolution nouvelle. La décision se fait
longtemps attendre et ne se produit que sur les instances
d'un tiers. Doit-il écrire? etc, etc. Tout l'inquiète
 et met son esprit à la torture: Il se figure qu'en
 rentrant il va trouver tout brulé chez lui. Il a

commandé une voiture pour le lendemain et l'idée
qu'elle pourra être en retard trouble le repos de sa nuit.
Nous retrouvons une autre forme de l'interrogation
mentale dans l'observation suivante :

Obs. XIII. Personnelle) Hérédité névropathique.
Tendances mélancoliques dès le jeune âge. — Tic convul-
sif. — Obsessions hypochondriaques — Anxiété. —
Paroxysmes. — Conscience de son état. —

Dans cette observation, les préoccupations portent
surtout sur des questions relatives aux repas, à la
digestion, à la quantité d'aliments à prendre etc, etc;
en un mot sur des obsessions hypochondriaques. —

V. — Amour exagéré des animaux :
Antivivisectionnistes. —

Une dame entretient un asile pour les animaux
et recueille les chiens et les chats abandonnés. Une autre
achète aux Halles toutes les grenouilles pour les enlever
aux vivisecteurs. Morel^(I) parle d'un homme de

(I) Etudes cliniques. T. II p. 178. —

grande intelligence, occupant une grande position financière, chez lequel se développaient de véritables accès de sensiblerie, non seulement quand il perdait des parents ou des amis, mais pour les motifs les plus futiles et en particulier quand il perdait des animaux, pour lesquels il avait des crises de larmes, comme pour ses meilleurs amis. — Un jour il tomba dans un véritable accès de douleur délirante à propos de la mort d'une des nombreuses grenouilles qu'il élevait dans la mare d'Anteuil. —

Les dégénérés, dit Magnan, trouvent dans la Zoophilie de nombreux thèmes qu'ils exagèrent et qui finissent par devenir chez eux de véritables délires. M^{me} I... est un des membres les plus actifs de la société protectrice et nourrit à domicile une quinzaine de chats perdus. Elle envoie de l'argent, dans le même but aux personnes qui lui en font la demande. Quand elle voit dans les rues un chien qui semble malheureux,

elle s'empresse de lui acheter un petit pain ou un petit gâteau.
Quand elle monte en omnibus, elle donne dix ou vingt
sous au cocher pour qu'il ne fouette pas ses chevaux.
Magnan a rapporté dans son mémoire sur les Antivivisection-
nistes (23 Février 1884) de nombreux exemples de ce genre.
Et il termine par l'observation suivante :

Obs. XIV. — Magnan, Folie des Antivivisectionnistes
Hérédité névrosique — Préoccupation incessante pour les
animaux et indifférence pour l'homme. —

VI — Les manifestations qui restent à décrire
sont d'une nature plus grave. Il s'agit de tous les
actes impulsifs que l'on a désignés sous le nom de —
Monomanies instinctives : Impulsions à l'homicide,
au suicide, à la boisson (Dipsomanie) au vol
(Kléptomanie), à l'incendie (Pyromanie) Anomalies
et perversions sexuelles (Erotomanie), Nymphomanie,
Satyriosis etc). —

Il faut d'abord définir le mot impulsion, ce

qui n'est pas toujours très facile. -

Quand un persécuté se livre à un acte violent, c'est en vertu d'une idée délirante. Il en est de même du mélancolique simple, avec idées de ruine ou de damnation qui agit en vertu d'un motif, ayant avec l'acte une relation de cause à effet. -

C'est là ce qui a lieu dans toute vésanie ordinaire. L'Épileptique seul paraît faire exception à cette formule, mais il a de plus certains caractères spéciaux, tels que l'inconscience absolue, la perte du souvenir du fait accompli. Chez le dégénéré, au contraire, l'impulsion ne dérive ni d'une sensation, ni d'une idée délirante, mais sa cause réside dans l'instinctivité. -

A tous les degrés de la transmission héréditaire, que l'on envisage l'idiot, le faible d'esprit ou le dégénéré supérieur, l'impulsion présente la même empreinte involontaire. Cependant, si la tendance est impérieuse et pressante, il s'en faut qu'elle soit toujours

automatique et irrésistible.

Exemples : 1^{er} Un jeune homme de 16 ans, empoisonne son père avec de l'arsenic, assassine son frère et tente d'empoisonner sa mère (1).

2^o Cas de Glenadel dans Calmeil (2) craint d'être porté à tuer sa mère, et quitte pour aller au régiment, puis plus tard, porte cet instinct homicide sur sa belle-sœur et s'enferme lui-même dans un asile pour se préserver.

Suivent encore trois exemples empruntés à Morel (3).

1^{er} Un jeune dégénéré dont la mère était morte en démence, se livrait, depuis l'âge de 16 ans, au vagabondage, au vol, à l'ivrognerie. Durant ses remittences, c'était un garçon doux et bienveillant, mais conservant pour son père, qui n'avait pas su le prendre, disait-il, une aversion instinctive poussée jusqu'à l'idée du parricide.

2^o Un jeune homme, d'excellente famille, dont il

(1) Ann. Médico psych. Mai 1884 p. 515.

(2) Mal. infl. du cerveau. —

(3) Traité des maladies mentales pag. 530 et 553. —

faisait la désolation par ses instincts pervers précoces avait pour sa mère une haine invétérée, et se livrait envers elle aux actes les plus violents.

3^e Homme de 40 ans occupant une haute position sociale, né d'un père hypochondriaque, n'ayant jamais éprouvé personnellement aucune maladie mentale était obsédé de l'idée d'étrangler sa femme couchée à côté de lui et se relevait cent fois pour ne pas succomber à cette tentation infernale.

Quelques malades recourent à leur entourage pour se faire préserver de leurs impulsions et demandent à être protégés contre eux-mêmes. D'autres, au contraire, comme Henriette Cornier prennent toutes les précautions pour accomplir leur acte en cachette, comme cela est arrivé également pour Marie Jeanneret, qui s'est gardée malade pour empoisonner ses clients, au nombre de vingt environ. —

Mais, dans tous ces cas, que l'acte soit motivé

et caché dans une certaine mesure ou bien qu'il soit absolument impulsif et subit, accompli sans précautions et sans prévoyance, il est toujours au fond, absolument instinctif et diffère ainsi des actes motivés des autres aliénés.

Chez tous les dégénérés s'impose la même idée - automatique et ils assistent à son éclosion en spectateurs marqués par le destin. L'acte sollicité n'est pas toujours instantané, la réflexion peut empêcher les effets du besoin mais elle ne l'empêche pas de se produire avec des caractères semblables, alors même que le malade combine son crime ou bien qu'il lutte contre l'obsession et parvienne à en triompher.

Pour tous ces malades, alors même que les actes paraissent voulus, il s'agit toujours d'un élément morbide qui saisit l'individu dès le jeune âge et sur lequel l'éducation n'a aucune prise efficace.

En résumé, l'aliéné ordinaire prépare son larcin et prémédite ses actes, tandis que les dégénérés

sont inévitablement poussés malgré leur résistance, à l'assassinat, au vol, à l'incendie ou à des actions honteuses. —

Les confidences de certains héréditaires à cet égard sont vraiment navrantes. Il en est de très honnêtes et très doux qui souffrent cruellement des impulsions violentes qui les obsèdent. J'en citerai un qui était dans ce cas et qui en était arrivé à l'idée de se débarrasser de la vie pour se soustraire à cette lutte intérieure si pénible. Né de parents nerveux et excentriques il présentait également, avec des préoccupations hypochondriaques, des aberrations génitales et la peur des espaces. —

Ces tortures morales sont bien exprimées dans une lettre adressée par un de ces malades au Dr Manning et signée simplement un homme qui souffre.⁽¹⁾ C'est un homme possédant la pleine connaissance de ses actes et qui depuis 17 ans combat des impulsions à l'homicide et au suicide. Couché la nuit près de son père, il

I) Ann. médico psych. par. 317.

aperçoit dans la chambre un poignard dont la vue
lui suggère la pensée atroce de venir se suicider.
Est-il en voyage, il se sent envahi par la pensée
de jeter par la fenêtre ses compagnons de voyage. Il
est marié et cache avec soin à sa femme et à ses enfants
les angoisses qui l'étreignent. -

D'autres fois, l'acte impulsif et souvent irrésistible,
ne présente pas les mêmes caractères dangereux mais
simplement bizarres ou grotesques. Ainsi, nous avons
vu précédemment des cas consistant dans la répétition
impérieuse d'une phrase ou d'un nom, dans l'obligation
de proférer machinalement et malgré la résistance de
la volonté, un mot injurieux ou grossier. Ce sont là
des transitions entre les idées fixes sans objectif extérieur
et celles qui se manifestent par des violences publiques.
Mais l'origine instinctive des uns et des autres est évidente. -

Handley^(I) cite l'exemple d'un homme qui doit

I) Pathologie de l'esprit, p. 333.

pénétrer dans une maison avec tel pied en premier et qui, s'il a fait infraction à ce devoir, est obligé de ressortir de nouveau pour rentrer du pied convenable. Il doit également remarquer le numéro et le nom inscrits sur la porte d'entrée et s'il ne l'a pas fait, il en est obligé de ressortir de nouveau pour le regarder et un jour il lui arriva - d'être obligé de faire un mille pour revenir en arrière dans la maison qu'il avait quittée, pour voir le nom ou le numéro qu'il n'avait pas aperçu à l'entrée. -

Un gentleman remarque deux pierres au haut d'un mur, qui lui paraissent mal placées et il lui vient l'idée qu'elles doivent être renversées. Ne pouvant pas prendre une échelle en plein jour, pour ne pas paraître ridicule, il revient la nuit et muni d'un long fouet, fait tomber ces pierres et son esprit reste dès lors en repos, jusqu'à ce que une nouvelle impulsion l'eut repris. -

Plusieurs impulsions peuvent se trouver réunies chez le même individu, mais il n'en est aucune qui se

transforme plus facilement, l'une dans l'autre, que les idées d'homicide et de suicide. Le suicide se présente souvent chez les dégénérés héréditairement sous forme similiaire et par le même procédé chez les descendants que chez les ascendants. —

L'observation suivante est celle d'une dégénérée chez laquelle les dispositions au suicide sont mêlées à d'autres impulsions de même origine. Elle rend compte de l'état moral et intellectuel de ces malades qui, conscients de leur état, péniblement impressionnés par leurs obsessions, luttent contre elles et souvent font appel à un secours étranger.

Obs. XV. — (personnelle) Hérédité Congestive — Mélancolie impulsive — Périodicité des accès (quatre en 18 ans) — Manifestations successives. D'abord, obsession simple, crainctes diverses. — Aux troisième et quatrième accès, impulsions au suicide. — Cherche un appui dans son entourage pour résister à l'impulsion. —

Dans ce cas, l'impulsion faible en somme, rendait la résistance facile. D'abord, un simple objet suffit souvent pour maîtriser l'impulsion. Exemple, ce chimiste qui porté à l'homicide, se faisait attacher les poignets avec une ligature et ce fièle lien suffisait pour le calmer. —

La sollicitation à l'acte délictueux ou violent est souvent abstraite, mais elle peut être spécifiée.

Pour le vol, par exemple, les uns s'approprient tout ce qui leur tombe sous la main; d'autres, au contraire, ne dérobent que des choses déterminées et de peu d'importance. Marc dit avoir connu un médecin instruit dont la manie consistait à voler des couverts d'argent et ne s'étendait pas à d'autres objets. —

De même, pour les impulsions, homicide et suicide, qui se traduisent de la manière la plus variée. Les uns se pendent, d'autres se noient; ceux-là adoptent le fer ou le poison. Dans d'autres cas, c'est l'envie —

d'étrangler, en dehors de toute autre idée fixe. Parfois
l'incitation à tuer ou à se tuer n'arrive que si les regards
viennent à tomber, par hasard, sur une arme quelconque.
Exemple, la malade de l'observation XV, qui, dès qu'elle
voit un couteau, est disposée à le tourner contre elle même;
elle n'ose pas non plus traverser un pont, de peur d'être
tentée de se jeter à la rivière. M. V... (observation XVIII)
quand il voyage en bateau mouche a soin de descendre
dans la cabine, la vue de l'eau lui inspirant le désir
de se noyer; de même quand il monte sur l'impériale
d'un omnibus ou d'un wagon de chemin de fer, il
songe aussitôt à se précipiter sur la voie. Un malade
de Mandsley fut obligé de changer d'appartement parceque
une haute tour voisine lui donnait de telles pensées de
suicide, qu'il craignait de ne pas pouvoir toujours y
résister, s'il continuait de vivre en ce lieu. Enfin,
en général, l'impulsion n'est pas dirigée sur telle ou
telle personne en particulier, mais dans le cas de Glénadel,

citée plus haut, l'instinct désignait d'abord la mère comme victime, et plus tard, la belle sœur. D'autres malades sont tourmentés de l'idée d'étrangler leurs enfants mais la vue d'autres enfants peut ne pas développer la même tendance, l'obsession s'appliquant surtout aux êtres les plus chers. J'ai vu, chez Magnan, une femme, fille de dipsomane et dipsomane elle-même, présentant des impulsions au suicide et à l'homicide qui voulait tuer sa petite fille, mais pas son mari, parce qu'elle ne l'aimait pas. — z pour cela ! —

VII. La Dipsomanie. (Ménard)

d'Irresse d'Esquirol) décrite pendant longtemps comme entité morbide, n'est également qu'un symptôme saillant d'impulsion héréditaire. Elle consiste dans un entraînement irrésistible de l'individu vers les boissons. Mais différent du vicieux porté à l'ivrognerie, le dipsomane est un prédisposé impuissant à réagir contre sa fatale propension. Avant de boire, le dipsomane est déjà aliéné, tandis que l'alcoolique ne devient fou qu'après

avoir bu.

Les accès impulsifs sont intermittents paroxystiques, plus ou moins fréquents, d'une durée plus ou moins longue. Leur début est marqué par de la tristesse et un besoin d'isolement; le sommeil est interrompu par des cauchemars; Divers troubles somatiques se produisent: sécheresse à la gorge, bouffées de chaleur à la face, douleurs en barre à la région épigastrique, sensations pénibles d'un objet piquant qui s'enfonce ou d'un poids qui étouffe. Dès que l'impulsion se montre, le malade est irrésistiblement poussé. Aucune considération ne peut le retenir. Tous les moyens sont bons pour se procurer à boire. Une dipsomane vendait tous ses vêtements, manteau, jupe, ou corset. - D'autres ne craignent pas de dérober, malgré leur nature honnête.

L'ivrogne recherche la compagnie mais le dipsomane boit seul, évitant les endroits, où il peut être connu, ou s'enfermant chez lui pour se livrer au penchant dont il a honte. - Il ingurgitera, du reste, tout ce qui lui

tombe sous la main. La qualité de l'alcool de laine indifférent et c'est aux eaux de toilette qu'il s'adressera s'il y a lieu. —

La plupart de ces individus, toujours lucides, appréhendent l'approche de leur accès avec horreur et font des efforts inouïs pour lutter. Certains écrivent avec leur sang le serment de ne plus boire. Ils jettent dans les liquides les substances les plus répugnantes, mais s'ils triomphent quelquefois de l'obsession, le plus souvent ils succombent dans la lutte. Quelques uns sentant leur impuissance à résister finissent par avoir recours au suicide. Mme N.. (citée par Trélat^(I)) habituellement régulière et économe, mais dont l'ascendance présente une mère et un oncle dipsomane, était prise d'accès irrésistibles de Monomanie ébrieuse, qui lui faisait tout délaissier, intérêts, devoirs, Famille. On ne pouvait entendre, sans émotion, le récit des efforts tentés par elle pour se guérir. Sentant venir l'accès elle, elle mettait dans son vin les substances les plus propres à lui inspirer le dégoût; elle

(I) Folie lucide, p. 160, 1867.

ya mêlé jusqu'à ses excréments ! En même temps, elle s'invectivait et s'adressait des injures : Mais c'était en vain ; la passion malade était plus forte que tous les reproches et toutes les résolutions . -

Un état qui contraste avec la dipsomanie mais qui participe, comme elle, de la Folie héréditaire, vient d'être décrit par Magnan, sous le nom de Sitiomanie (Pétir faim) . Une malade était atteinte d'une impulsion spéciale, sorte de Boulimie à paroxysmes, idiopathique qui l'oblige à manger constamment tout ce qu'elle trouve sous sa main . Cette femme se montre très-affligée de ce besoin singulier, auquel elle ne peut pas résister . -

VIII . Au milieu de cette variété de Syndrômes qui relèvent de la dégénérescence, un chapitre spécial doit être consacré aux troubles du sens génital .

Il est rare, en effet, que chez les dégénérés la fonction sexuelle ne soit pas pervertie . Sans parler des actes de bestialité, des violations de sépulture et des cohabitations avec des cadavres, l'anomalie peut aller de l'idée la

plus baroque aux entreprises les plus répugnantes.
 Depuis la femme qui initie son fils, aux pratiques de
 l'amour jusqu'à celui dont le désir vénérien se porte sur
 une statue et cet autre qui met l'objet de son adoration
 dans une étoile, il y a place pour des degrés infinis.
 On peut résumer tous ces degrés par trois mots : Excès,
 défaut et déviation de fonctionnement. Inutile de
 distinguer les aberrations congénitales des anomalies
 acquises (Démence sénile, Paralyse générale, —
 Épilepsie, Manie, etc). Ce n'est pas de ces dernières
 que nous voulons parler. Mais si tous les Satyriasiques
 et toutes les Nymphomanes ne sont pas des dégénérés,
 il faut ajouter avec Bouchereau⁽¹⁾ que fréquemment les
 tendances érotiques sont les produits de l'hérédité et quand
 l'éducation ne parvient pas à les modifier et à les calmer,
 les causes les plus légères les mettent au jour.

Les mêmes considérations s'appliquent à une classe
 d'aliénés décrits par Lasègne sous le nom d'Exhibitionnistes;
 affection qui consiste dans l'étalage en public des organes

(1) art. Satyriasis du dict. encyclopéd. des sciences médicales. p. 67.

généraux .

Dans la plupart des observations de ce genre, on retrouve, en même temps qu'un état impulsif intermittent les autres caractères de Folie transmise .

Un malade de Magnan répond à ce type: peintre en bâtiments, âgé de 44 ans, au milieu d'autres phénomènes pathologiques, se sent poussé à des actes contre nature: A la tombée de la nuit, il se dirige vers les rassemblements; aux stations d'omnibus, auprès des batteurs, il s'approche et se place derrière une femme, de préférence la plus grosse; puis il retire sa verge qui reste flasque (depuis 2 ans il n'a plus d'érections) et se frotte contre les fesses de sa voisine. C'est pendant qu'il se livre à cet exercice qu'à la station d'omnibus de la place Chichy, il est arrêté par un agent des mœurs. Il a été, dit-il, pour le frottage, condamné à 4 mois de prison. — La femme tenant une crémère, il l'a dirigé quelquefois, et à plusieurs reprises, il n'aurait pu s'empêcher de tremper ses organes génitaux dans le lait distribué aux clients. —

Parmi les individus atteints d'obsession il n'est pas rare de rencontrer l'impossibilité du coït. Non pas que l'organe soit mal conformé et que le centre génital médullaire soit toujours atteint, puisque l'érection a lieu dans des circonstances déterminées. Le défaut se montre seulement dans les tentatives de rapports sexuels : le réflexe cérébral l'emporte sur l'automatisme. L'idée fixe dominante suffit à créer la frigidité par le même mécanisme qu'elle empêcherait un acte quelconque. Parfois, comme dans le cas suivant, l'irrégularité de la fonction génito-spinale est seule en cause :

Obs. XVI. (Personnelle.) Hérédité névropathique ; Mère hystérique ; un frère aliéné, un autre porté à la mélancolie . - Caractère irrésolu . - Manque d'équilibre des facultés . - Anomalie sexuelle par défaut .

Sous la désignation de sens sexuel contraire, Westphal a décrit une anomalie de l'instinct génital consistant dans le penchant exclusif de l'homme pour

l'homme et de la femme pour la femme. Il ne s'agit pas là d'habitudes dépravées et acquises. L'inclination, purement pathologique, prise sa manière d'être dans l'hérédité morbide. C'est une tendance impulsive présentant la même origine, les mêmes caractères que les impulsions précédentes. Toutes les observations (Westphal, Gock, Krafft Ebing, Kreeg, Charcot et Magnan) plaident en faveur de cette opinion. Le fait suivant rapporté par le Dr. Cantarano (1)

(1) Cantarano, Contributo alla casuistica della inversione dell'istinto sessuale. (La Psichiatria, 1883, Fasc. 3.—)

Plan du Discours que j'ai prononcé

à la Société Médico-psychologique

Le lundi 11 Novembre 1889.

Sur la Mélancolie.

25 octobre 89.

87

Dans le diagnostic différentiel du délire de persécution et de la Mélancolie ancienne, indiquer les aphorismes :

Le persécuté a pour domaine le présent et le passé. On l'a persécuté dans le passé depuis son enfance, dans le présent, on le persécute à chaque instant !

2° Le Mélancolique ancien a pour domaine L'Avenir. Il a, comme disait Lacaze, L'appréhension de l'Avenir, ce qui est bien plus que le supplice actuel qu'un homme courageux supporte avec énergie, tandis que la crainte de l'avenir ouvre toutes les sphères de l'imagination du possible et de l'impossible et donne à la crainte tous les aliments. Surmontés par l'imagination humaine, c'est à dire l'illimité, l'infini, l'impossible et l'absurde et conduit par conséquent

aux limites de l'absurde, à l'impossibilité
à l'immortalité, à l'idée d'être mort
avant, à la damnation éternelle, à
l'énormité, c'est à dire au delà de
négations de Cotard, comme la persécution
conduite par l'orgueil au delà des gran-
deurs satisfait. L'un est l'orgueil et
l'autre l'humilité. L'un est l'égoïsme
et l'autre le sacrifice et le martyre...
L'un accuse les autres, et l'autre s'accuse
lui-même.

Consulter à ce sujet comme développement
clinique, le mémoire de Régis au congrès
de Médecine mentale.

Discours sur la Mélancolie

et ses Variétés diverses

Après un court préambule sur l'histoire et la Mélancolie d'Esquirol

Le Discours doit être divisé en deux parties :

1^{re} Partie.

Mélancolies déjà détachées du grand groupe d'Esquirol

1^o Mélancolie liée à la Paralyse générale,

2^o Mélancolie alcoolique

3^o Mélancolie liée à la Folie à double

forme.

4^o Mélancolie fébrile avec accidents cérébraux ou démence foliégue

5^o Mélancolie liée à diverses névroses ou maladies cérébrales : Épilepsie, Hystérie, hypochondrie, Apoplexie, ramollissements, etc etc !

6^o Délire de persécution avec les 4

12
rénovés .

2^{me} Partie .

Arrêtés de la Mélancolie que l'on est encore obligé jusqu'à nouvel ordre, de conserver dans la science, sous le nom générique de Mélancolies Vésaniques ou de Mélancolies proprement dites .

- 1^{re} Mélancolie avec conscience ou mélancolie sans délire. (Hypochondrie morale)
- 2^o Mélancolie dépressive tendant à la stupeur à divers degrés ou à la stupidité
- 3^o Mélancolie anxieuse avec idées de ruine de culpabilité, de condamnation, de damnation, ou terreur imaginative d'un danger imminent quelconque avec tendance progressive aux idées de négation, d'immortalité, d'énormité

et tendance aux transformations de la personnalité.

4^e Mélancolie intermittente ou à type périodique se reproduisant sous forme d'accès, deux ou trois fois dans la vie.

C'est sur ces diverses formes ou variétés de la Mélancolie que je veux appeler la discussion de la Société parce que, malgré l'apparente uniformité de la dénomination, qui est encore conservée, faute de mieux, les divergences sont nombreuses entre nous, plus encore que sur les Folies héréditaires et le délire chronique et qu'il importe que, dans une société comme la nôtre, chacun veuille apporter la pierre à l'édifice et la nuance de son opinion sur chacune de ses variétés et provoquer la discussion sur les points les plus controversés à l'époque actuelle sur ce sujet si vaste et si intéressant qui embrasse une grande étendue

de la pathologie mentale et mérite d'être
soumis à une révision nouvelle par le
travail collectif de toute une génération
nouvelle de travailleurs.

Dans les années précédentes nous avons sou-
mis à cette discussion à cette discussion
et à cette révision les questions également
palpitantes et actuelles des Folies hérédi-
itaires et du délire chronique systématisé
ou de délire de persécution et cette dis-
cussion, malgré les dissidences profondes
qui n'ont pas amené un accord com-
mun n'ont pas été sans profit pour la
science et ont servi à nous éclairer les uns
les autres. Il en sera de même, je l'es-
père, de la discussion que je cherche à
provoquer aujourd'hui sur les diverses
formes ou variétés de la Mélancolie.

Messieurs,

Nos longues discussions de ces dernières années sur la folie héréditaire et sur le délire chronique de persécution, si elles ont montré parmi nous de profondes divergences, n'en ont pas moins eu ce grand et utile résultat de prouver la nécessité d'une étude plus rigoureuse des faits, d'une exactitude et d'une précision plus grandes dans les termes et l'importance des distinctions à établir pour éviter une confusion regrettable.

Bien que les questions soulevées n'aient pas été complètement résolues, ces discussions ont favorisé le progrès de nos études spéciales, surtout en montrant dans quelle voie devront être dirigées les recherches nouvelles.

J'ai pensé qu'il pourrait être

également utile de consacrer une partie
des séances de cette année à l'étude d'une
autre catégorie de faits dont l'importance
n'est pas moindre et je viens vous proposer
d'insérer à l'ordre du jour de la société
la question des mélancolies. C'est un des
problèmes les plus vastes et les moins bien
limités de la pathologie mentale ; les au-
teurs, tant Français qu'étrangers n'ont
guère fourni à son sujet, et en dehors de
la symptomatologie commune, que des solu-
tions vagues et contradictoires.

Esquirol considérant avec les anciens, avec
Pinel la mélancolie comme un délire partiel,
seulement il la divisait en lypémanie,
ou délire partiel triste, ou délire partiel
exalté.

M. Baillarger vint ébranler la base
même de la doctrine en montrant qu'un
grand nombre de ces malades présentent
un trouble général physique et mental

à la fois et que, par conséquent, le délire mélancolique est souvent un délire généralisé. En outre, il distingue et sépare dans ce vaste groupe une variété caractérisée par des conceptions hypochondriaques absurdes et relevant plus particulièrement de la paralysie générale. Je n'insiste pas sur les caractères de cette variété qui vous sont bien connus.

Vers la même époque, Lasèque crée une catégorie de malades, confondus jusqu'à avec les mélancoliques; il décrit les symptômes qu'ils présentent avec une telle netteté, une telle vérité d'observation que, d'emblée, le délire de persécution s'impose à tous comme une espèce distincte, n'ayant de la mélancolie que l'apparence et s'en distinguant par des différences radicales. Il me suffira de vous rappeler la plus essentielle peut-être de ces différences, qui consiste dans la façon dont chacune de ces malades interprète ses tourments: le persécuté ayant la conscience exagérée de son innocence

et de sa vertu attribue toutes ses souffrances
à la malveillance et à l'ingratitude; il en
place la cause au dehors; — au contraire,
le mélancolique, le considérant comme cou-
pable de grandes fautes, comme plein
d'indignité, voit dans ses tortures un
juste châtiment; il place leur cause en
lui-même.

Une autre séparation est encore faite par
Lasegue dans le domaine des mélancolies.
Il veut parler de son "alcoolisme tubercu-
leux", à notre point de vue spécial, serait mieux
dénommé "Lypémanie ou mélancolie alco-
olique".

La phase mélancolique de la folie circulaire
a été aussi considérée par mon père et moi
par M^r Baillarger, comme présentant des
particularités notables; j'ai moi-même
poursuivi cette étude, ainsi que celle des états
mélancoliques liés à l'épilepsie et à d'autres
névroses.

62

Les Mélancolies intermittentes mériteraient peut-être également d'être distinguées. Elles offrent, entre autres, une particularité remarquable dans leur période de rémission ou de guérison plus ou moins réelle : les malades, contrairement à la plupart des autres aliénés, parlent volontiers de leur maladie, n'ont aucune répugnance à revoir l'asile où ils ont été soignés. Il semble qu'il y ait en eux la vague conscience de leur retour probable.

Bien d'autres divisions devraient encore être introduites et dans cet immense domaine des mélancolies. Il faudrait séparer, par exemple, les états dépressifs liés aux intoxications autres que l'alcoolisme, ceux qui sont attribuables à la sensibilité ; ceux enfin qui relèvent des altérations organiques du cerveau, syphilitiques ou autres.

Toutes ces séparations, toutes ces éliminations opérées, nous restons en présence d'un résidu considérable, irréductible.

trible à des formes mentales connues, et auquel on peut réserver au moins provisoirement et faute de mieux, la dénomination de mélancolie essentielle. Dans ce groupe restreint mais encore fort étendu on peut dès maintenant, reconnaître 3 variétés principales.

1^{re} La Mélancolie avec conscience, dans laquelle le délire et les hallucinations sont dépourvus. Le malade, en proie à une insurmontable tristesse, à une véritable hypochondrie morale en vient à un profond dégoût de l'existence et trop souvent, au suicide. Cette forme vers le sang, est des moins curables.

2^o Viens ensuite la mélancolie avec stupeur bien décrite par M. Baillarger. Ici, la dépression physique et mentale atteint les dernières limites. Toutes les fonctions organiques sont réduites à leur minimum et il y a lieu de se demander parfois si

69.

L'intelligence elle-même n'est pas atteinte
de cette torpeur générale.

Cette forme, arguée par excellence, vient
fréquemment.

Il reste enfin la Mélancolie anxieuse, celle
peut-être qui a été le plus superficiellement
décrite par les auteurs. Dans cette forme, sur
le fond général et fondamental de dépres-
sion, se développe un état d'angoisse
crainctive, d'appréhension douloureuse tel
que le malade tout et lui-même, que
le fait le plus insignifiant devient pour
lui un véritable tourment. Toujours sur
le qui-vive, ces malades emploient sans
cesse des formules dubitatives qui expri-
ment bien la cruelle incertitude dans
laquelle ils vivent : "Je ne sais que faire,
je ne comprends pas ce qui se passe, cela
est bien extraordinaire, etc.

Le passé semble ne pas exister pour
eux ; le présent, ils ne s'en préoccupent

guère ; toutes leurs pensées, toutes leurs
craintes sont pour l'avenir. Nouvelle dif-
férence entre ces malades et les persécutés
qui, comme l'a très bien indiqué Lasèque,
se complaisent surtout dans le passé,
qu'ils scrutent et interprètent sans relâche
au gré de leur délire. Fréquemment, les
Mélancoliques anxieux ne peuvent rester en
place ; ils s'agitent et poussent des gémi-
sements continuels. Ainsi, Guislain et
Morel les avaient-ils appelés des Gémisseurs.
Cette anxiété profonde peut devenir une
véritable terreur et déterminer des accès
d'agitation assez violente.

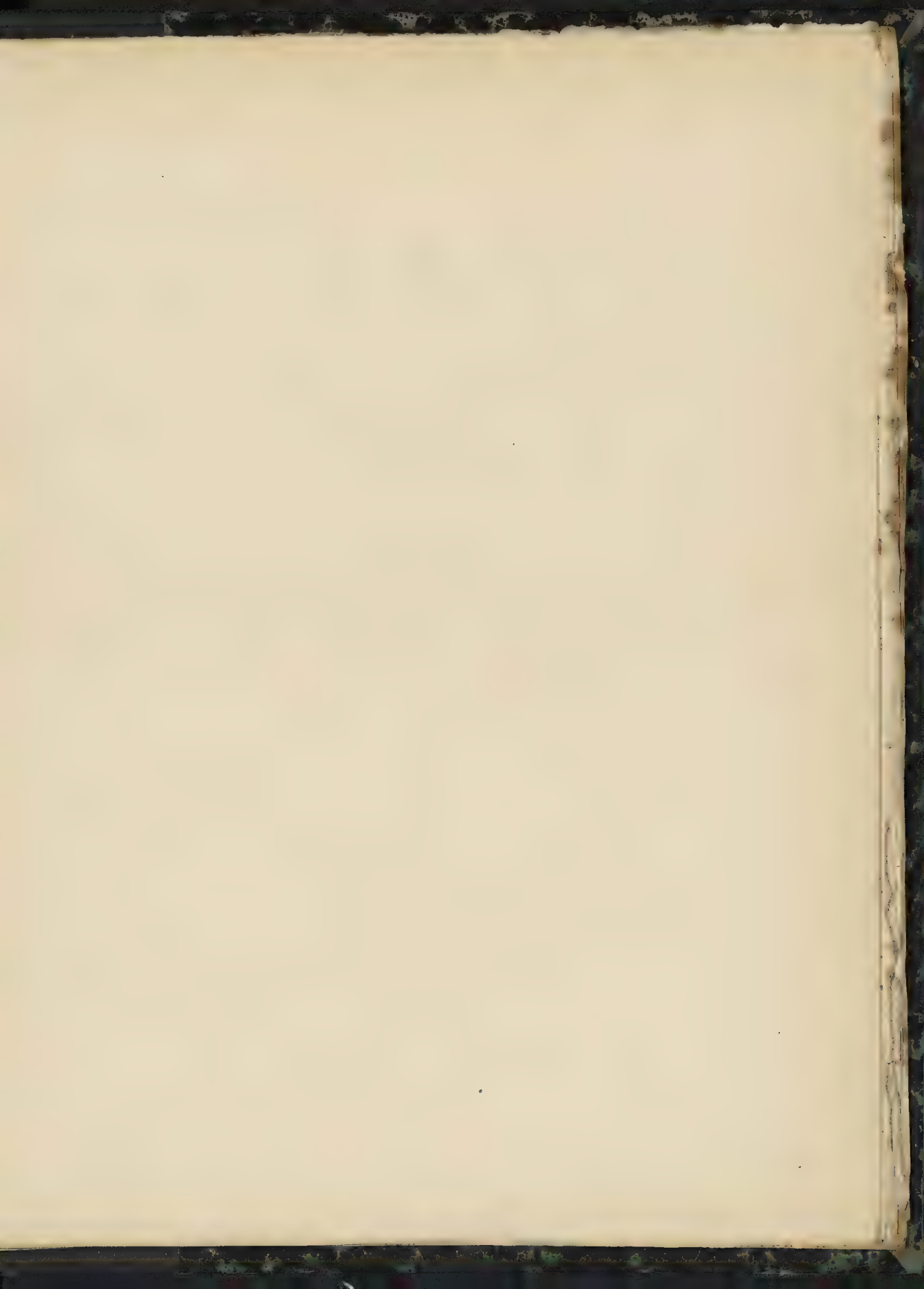
Tous ces symptômes de la Mélancolie
anxieuse sont assez bien connus, ainsi
que les hallucinations pénibles et les
impulsions que l'on y observe. Ce qui
l'est moins, c'est l'évolution de ce
délire, la fréquence des idées de négation
et d'immortalité au moment du pas-

21

lage à l'état chronique, enfin la transformation possible en délire de grandeurs et d'immortalité. Ces faits ont une importance capitale; la découverte en appartient sans conteste à notre éminent et regretté collègue Cotard, comme la découverte du délire des persécutions appartient sans conteste à Lasègue. Si l'on avait signalé, avant les travaux de Cotard, les idées de négation et d'immortalité chez les aliénés mélancoliques, personne avant lui ne leur avait attribué l'importance qu'elles méritent, n'avait indiqué ni leurs caractères spécifiques, ni leur signification diagnostique et pronostique.

Je termine ce rapide exposé dans lequel je n'ai eu d'autre but que d'indiquer les difficultés et aussi l'intérêt qui s'attachent à l'étude des états mélancoliques. Je voudrais vous avoir fait partager ma conviction qu'il y aurait avantage pour notre science à provoquer

au sein de la Société des communications et
des discussions sur cet important sujet



Notes pour le Discours à prononcer
à la Séance du 27 Janvier 1890,
de la Société
Médico - psychologique

151

Passé de la Société médico-psychologique.

Fondation en 1852.

Membres fondateurs. Buchez, Cerise, Baillarger,
Moreau, Garnier etc

Dualité de cette Société à l'origine à la fois
philosophique et médicale

Discussions très nombreuses et très intéressantes
pendant toute cette première période si glorieuse.

Hallucinations. Paralyse générale, divers
modes de l'assistance publique. Folie rais-
sonnante.

M. Pictet devait faire la monomanie au point
de vue légal et la responsabilité partielle.

M. Pictet devait faire l'histoire de cette
période si brillante et si bien remplie de
la vie de notre Société.

Présent .

La plupart des membres anciens et fondateurs de la Société ont disparu. Quelques rares survivants M. M. Calmeil, Delasiaume, Baillarger.

Une nouvelle ère commence donc pour notre Société

Beaucoup de membres nouveaux ont été admis : La Société s'est infusé un sang nouveau et commence une nouvelle période qui ne sera pas moins brillante que la précédente.

Aspirations vers l'Avenir.

Nous sommes dans une période de transition et de renouveau scientifique. Les anciennes doctrines qui ont suffi à défrayer trois générations tendent à disparaître.

Les classifications de Pinel et d'Esquirol ont fait leur temps. Des idées nouvelles ont surgi successivement depuis 30 ans qui vont renouveler la science.

Paralytie générale, Folie circulaire, délire de persécution, dégénérescences, obsessions et Folies avec conscience, Alcoolisme, Folies Epileptiques, hystériques et hypochondriaques, les diverses variétés de la Mélancolie, etc.

Tous les travaux nouvellement parus dans ces dernières années, se ressentent de ces idées nouvelles et en portent l'empreinte. Tout nous prouve qu'un grand mouvement

Scientifique est en train de se produire. Des écoles rivales entrent en scène en attendant une nouvelle coordination générale des faits. Une noble émulation scientifique anime les nouvelles générations; c'est à nous de favoriser l'éclosion de ce nouveau mouvement scientifique. Que la lutte soit ardente dans la science rien de mieux pour le progrès et l'avancement de nos études. La Société est une tribune et non pas un jury. Mais que les luttes pour les principes ne dégénèrent pas en luttes personnelles et passionnées. Notre rôle est de prêcher la conciliation entre les personnes en favorisant la lutte entre les idées et au milieu des ardeurs de cette lutte pour l'avancement de la science, suivons les Ex. qui nous ont été donnés par nos devanciers et qui ont la pratique, l'union et la concorde depuis l'origine de la Société malgré les dissidences profondes qui les séparent souvent au point de vue des principes.

Séance du 28 Janvier 1889

M^r Chambard. Projet de discussion sur les dangers de l'hypnotisme.

Note sur le Sulfonol

Séance du 25 Février

Rapport sommaire de M. Pithu sur le congrès de médecine mentale.

Du Cocainisme par M. Laury. Discussion par M. Seglas et M. Pichon.

Note sur un cas de démence consécutive à l'intoxication par l'oxide de carbone. Discussion par M. M. Pichon et Garnier.

Observation sur une femme devenue aliénée à la suite de pratiques d'hypnotisme par M^r Looof.

Séance du 2^e Mars.

Action du du Sulfonol.

(Moreau de Tours : rapport

Paul Garnier. Classification des mala-

ladies mentales

(réponse à ses divers adversaires)

Marandon de Montyel. Dangers du sulfonal

Séance solennelle du 29 avril

Rapport de M Pichon sur A le fils
Esquirol.

Eloge de Dechambre par M Pitti

Séance du 27 Mai

Classification des maladies mentales. M

Ball. Projet de classification.

Le vote est renvoyé à la prochaine séance.

Observation de Coprologie chez les dégénérés
par le Dr Buisson de Vaucluse.

Dangers du Sulfonal par M Auger

Vésin
réponse de M. Mirandon de Montyel

Séance du 24 Juin

Un cas de cocaïsme aigu par M^r Henry.
Discussion avant le vote sur la question de
classification des maladies mentales :

1^o Vote repoussant la classification du
rapporteur

2^o Vote repoussant celle de M. Ball

3^o Vote adoptant l'ordre du jour de
M. Garnier, qui ne conclut pas.

Vote sur l'état mental des paralyti-
ques généraux par M. Dupain.

Il conteste la valeur absolue du carac-
tère de bienveillance qui leur est géné-
ralement attribué.

Séance du 29 Juillet

Automatisme ambulatorio chez une hyp.

Léique par Jules Voisin

Dangers du Sulfonal par M. Tebère.

A la suite de cette séance vient le congrès de médecine mentale qui s'est tenu à Paris du 9 au 10 août et dont notre excellent confrère le Dr Dittli a fait le compte rendu résumé, en attendant la publication du volume officiel qui a été retardée mais qui aura lieu dans quelques mois.

Le compte rendu figure dans les séances de Novembre avec le commencement de la discussion sur la Mélancolie et ses diverses variétés qui sera elle-même suivie d'une discussion sur le morphinisme.

Vœux émis par le Congrès.

- 1^o Classification des maladies mentales
 - 2^o Folie pénitentiaire & mal
 - 3^o Responsabilité des alcooliques.
 - 4^o Rapports de la Syphilis et de la Paralyse générale.
 - 5^o Sociétés de patronage.
 - 6^o Séquestration perpétuelle des aliénés dangereux.
-

Plan du discours d'installation du
bureau à prononcer le lundi 27 janvier
1890.

- 1.^o Remerciements pour l'honneur qu'on
m'a fait.
- 2.^o Coup d'œil rapide jeté sur le passé,
le présent et l'avenir de notre société
- 3.^o Compte rendu rapide des travaux
de l'année courante et surtout du congrès,
avec ses vœux émis comme conclusions
- 4.^o Morts et nominations de l'année.
Cofard.
- 5.^o Indication des questions nouvelles
à aborder dans la nouvelle année.
- 6.^o Installation et questions de prise
du nouveau bureau. Un mot sur Rilli
pour Dechambre et le congrès sur
Ball et sur Bouchereau que l'on envoie
à prendre la présidence.

remerciements pour l'honneur que l'on m'a
 fait en me nommant pour la seconde fois
 président de la Société, surtout à l'occasion
 du Congrès international qui a lieu dans le
 cours de l'année 1889. C'était la plus
 belle récompense que l'on pouvait me donner
 pour les efforts que j'ai faits pendant toute
 ma vie scientifique pour coopérer de mon mieux
 aux travaux de la Société et à la plupart
 de ses discussions. Je me trouve aujourd'hui
 Messieurs, dans une position presque excep-
 tionnelle ayant déjà participé aux tra-
 vaux de la Société presque depuis sa
 fondation et assistant maintenant à une
 phase toute nouvelle dans son existence.
 Je suis donc mieux placé que personne
 pour jeter rapidement un coup d'œil d'en-
 semble sur la vie de notre Société, sur
 son passé, sur son présent et sur son
 avenir. Fondée en 1848 par une réunion

de hommes actifs, instruits et pleins de zèle pour la science, M^{rs} Ternus, Baillarger, Moreau de Tours, Berise, Buchez, Peisse, Brière de Boissimont, etc etc, elle a été douée dès sa naissance d'une vitalité qui ne s'est pas démentie un seul instant depuis 40 ans. Repasant d'abord sur une double base de la philosophie et la médecine unies sur le terrain commun de la physiologie et de la pathologie elle s'est, par la force même des choses peu à peu éloignée de son point de départ et négligeant de plus en plus les questions philosophiques et physiologiques. Elle est devenue une véritable société de médecine mentale dans laquelle le côté pathologique a petit à petit, absorbé le côté philosophique.

Est-ce un bien ? Est-ce un mal ? Je n'ai pas à le décider ici mais cette transformation lente et successive de l'esprit et des tendances de notre société est un fait indiscutable et incontestable. Depuis son origine

jusqu'à nos jours, la société médico-psychologique
 a vécu d'une vie extrêmement active et a
 noblement et complètement rempli sa mission
 et répondu aux vœux et aux espérances de
 ses fondateurs. Les questions les plus im-
 portantes et les plus controversées de la mé-
 decine mentale ont fait successivement l'ob-
 jet de ses délibérations et ont donné lieu à
 des discussions sérieuses prolongées et dont
 les résultats ont été réellement utiles à la
 science. Il suffit de parcourir les procès ver-
 baux insérés dans les Annales médico-psych-
 ologiques depuis 40 ans pour se rendre
 compte de l'immense travail accompli par
 notre société pendant ce long intervalle de
 temps. Névroses extraordinaires, Hallucina-
 tions, théorie de la Monomanie, respon-
 sabilité totale ou partielle des aliénés, divers
 modes de l'assistance publique applicables
 aux aliénés, Paralyse générale, Folie
 raisonnante et Folie avec conscience, tels
 sont les sujets principaux qui ont occupé

notre société pendant de longues années
et dont le compte-rendu ~~du~~ résumé qu'entre-
prendra un jour notre zélé secrétaire général,
le D^r Letti, pourrait rendre un véritable ser-
vice à la science en vulgarisant les idées
fécondes déposées d'année en année dans les
procès-verbaux imprimés dans les Annales
médico-psychologiques!



